

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1949

THÈSE

N°

107

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean - Henri HÖEL

Élève de l'École du Service de Santé Militaire de Lyon

Né le 4 Février 1924, à Reims (Marne)

Présentée et soutenue publiquement le 20 Décembre 1949

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
IMPLANTATIONS PLACENTAIRES
EN

OPHTALMOLOGIE

(Travail du Service d'Ophthalmologie du Val-de-Grâce)

Président : M. VELTER, Professeur

IMPRIMERIE DU MARCHÉ
E. COULON
16, PLACE DU FORUM — REIMS
TÉL. 36.39

1950

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1949

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean - Henri HOËL

Elève de l'École du Service de Santé Militaire de Lyon

Né le 4 Février 1924, à Reims (Marne)

Présentée et soutenue publiquement le 20 Décembre 1949

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
IMPLANTATIONS PLACENTAIRES
EN

OPHTALMOLOGIE

(Travail du Service d'Ophtalmologie du Val-de-Grâce)

Président : M. VELTER, Professeur

IMPRIMERIE DU MARCHÉ

E. COULON

16, PLACE DU FORUM - REIMS

TÉL. 36.39

1 9 5 0

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin,

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Brindeau, E. Brumpt, Carno, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillaïn, Hartmann, Heitz-Boyer, Laigne, Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mathieu, Mulo, Ombrédanne, Rouvière, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon.

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	OLIVIER. (E.)
Anatomie pathologique	LEROUX. (R.)
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL. (P.)
Biologie médicale	VERNE. (J.)
Chimie médicale.	POLONOVSKI. (M.)
Clinique de cardiologie	DONZELOT. (E.)
	BROCQ. (P.)
Cliniques chirurgicales	CADENAT (F.M.)
	MONDOR. (H.)
	QUÉNU. (J.)
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	N...
Clinique chirurgicale orthopédique	MERLED'AUBIGNÉ
Clinique gynécologique	MOCQUOT. (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT. (H.)
Clinique des maladies des enfants.	DEBRÉ (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET. (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY. (J.)
Clinique des maladies du sang.	CHEVALIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (P.)
	BÉNARD (H.)
Cliniques médicales	LAROCHÉ (G.)
	HARVIER. (P.)
	LIAN. (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT. (P.)
Clinique de Neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS
Cliniques obstétricales	LANTUÉJOUL. (P.)
	LÉVY-SOLAL. (P.)
Clinique ophtalmologique	PORTES. (L.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	VELTER. (E.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	LEMAITRE. (F.)
Clinique psychiatrique infantile	RICHET. (C.)
Clinique de puériculture	HEUYER. (C.)
Clinique stomatologique	LELONG (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	DECHAUME. (M.)
Clinique thérapeutique médicale	SÈNÈQUE. (J.)
Clinique de la Tuberculose	CHABROL. (E.)
Clinique urologique	BERNARD (E.)
	FEY. (B.)

MM.

Embryologie	GIROUD. (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BARIÉTY. (M.)
Histologie	CHAMPY (C.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA. (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON. (G.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIEVRE. (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Pathologie exotique.	LAVER. (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE. (A.)
Pathologie médicale	MOREAU (R.)
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES. (L.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD. (R.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL. (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Rhumatologie.	COSTE. (F.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN. (R.)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

BULLIARD (*Histologie*), CORDIER *Anatomie*, DOGNON (*Physique médicale*),
HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*),

M^{lle} J. LÉVY (*Pharmacologie*).

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Anatomie	{ N... DELMAS. N...ff DEBEYRE
Anatomie pathologique.	{ DELARUE. M ^{lle} GAUTHIER- VILLARS.
Bactériologie	{ BONNET. FASQUELLE
Biochimie médicale.	{ ETTORI. SCHAPIRA.
Dermato-Syphilitigraphie	DEGOS.
Histologie	{ COUJARD. DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY
Hygiène	{ BOYER. DEPARIS.
Médecine légale	DEROBERT.
Neurochirurgie	PUECH.
Neurologie	DE SEZE.
	DIGONNET.
Obstétrique	{ MAYER. SUREAU. VARANGOT.
Ophthalmologie	OFFRET.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT, L. C.
	FÈVRE.
Pathologie chirurgicale	{ HUGUIER. LEGER

MM.

	{ PADOVANI. PATEL.
Pathologie chirurgicale	{ ROUX. RUDLER. SICARD. N...
Pathologie expérimentale	MERKLEN.
	{ BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (Gilbert) FAUVERT. GARCIN.
Pathologie médicale	{ HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIÉ
Pédiatrie	{ LAPLANE. (MARIE Julien)
Pharmacologie	CHEYMOL.
Physiologie	{ BARGETON. PARROT.
Physique médicale	DJOURNO.
Psychiatrie	BARUK.
Thérapeutique Agr. eb. d'ens.	BROUET.
Urologie	COUVELAIRE, R

III. — PROFESSEURS HONORAIRES et AGRÉGÉS
RAPPELÉS A L'EXERCICE
pour le service des examens

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*),
GATELLIER, (*Clinique chirurgicale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*),
LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS
CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale.	{ AMELINE. FUNCK-BRENTANO. MÉNÉGAUX	Clinique médicale .	{ HAGUENAU MOUQUIN.
Clinique médicale.	. BOULIN,	Clinique obstétricale.	{ ECALLE, LACOMME.
		Clinique ophthalmologique . . .	. RENARD

	MM.
Secrétaire de la Faculté .	J. MOREL
Secrétaire-adjoint . . .	M ^{lle} CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef .	DOCTEUR A. HAHN
Bibliothécaires	M ^{lles} DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME,

Qui a partagé les heures difficiles
de mes études.

A MON FILS, FRANÇOIS.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE.

A MES BEAUX-PARENTS.

En mémoire :

Du Docteur HENRI HOEL, mon Grand-Père.

Et du Docteur JULIEN HOEL, mon Oncle,

Auxquels je dois ma destination à la
carrière médicale.

Au Docteur et à Madame LOUIS LANGLET.

A Monsieur et Madame PIERRE KUTTENNE.

A MA FAMILLE.

A MES CAMARADES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON.

A TOUS MES AMIS.

A NOTRE MAITRE, LE MÉDECIN-COLONEL J. PESME,

Professeur de Chirurgie spéciale au Val-de-Grâce

Nous tenons à lui exprimer notre profonde reconnaissance et notre entier dévouement.

Il est de ces rares privilégiés dont la science n'a d'égale que la clairvoyance d'un esprit teinté de charmante ironie. Chirurgien et Médecin, homme de Lettres et d'Art, le Médecin-Colonel PESME, par son tempérament jeune et dynamique, communique à son entourage l'amour du Beau et du Bien nécessaire à notre profession. Il nous a donné le goût de l'ophtalmologie et nous le remercions de tout cœur de nous avoir accueilli dans son service et proposé ce sujet de thèse.

Sa haute personnalité sera pour nous le guide le plus précieux de notre vie d'Homme et de Médecin.

A Monsieur le Professeur VELTER,

Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette Thèse.

A Monsieur le Professeur RENARD,

- Dont les conseils nous ont aidé dans
notre travail.

En témoignage de notre reconnais-
sance.

A NOS JUGES.

Au Médecin-Commandant ROZAN,
Ophtalmologiste des Hôpitaux Militaires

Sa modestie dût-elle en souffrir, qu'il nous permette de lui exprimer notre reconnaissance pour sa bonté à notre égard.

Par ses conseils éclairés, il a été pour nous d'une aide précieuse.

Au Médecin-Commandant PAYRAU,
Ophtalmologiste des Hôpitaux Militaires

Au Médecin-Capitaine BONHOURE,
Ophtalmologiste des Hôpitaux Militaires

Au Médecin-Capitaine MARTIN-SIBILLE,
Assistant du Service d'Ophtalmologie du Val-de-Grâce

Auprès desquels nous avons trouvé une compréhension et une complaisance que nous n'oublierons jamais.

A NOS MAITRES DES HOPITAUX MILITAIRES ET CIVILS.

INTRODUCTION

Durant ces dernières années, des publications venues d'Outre-Atlantique nous apprirent qu'un nouveau mode de traitement, appelé tissuthérapie, venait d'être découvert par le Professeur Filatov d'Odessa et que ce traitement, susceptible d'applications larges en ophtalmologie et même en médecine, avait l'avantage de pouvoir apporter une amélioration, voire même la guérison, d'un grand nombre de maladies dont certaines étaient et sont encore au-dessus de toute ressource thérapeutique.

Après un exposé de la méthode employée par le savant russe et des résultats que cette méthode permit d'obtenir en Russie d'une part, en France et en Amérique d'autre part, cet ouvrage tend à justifier l'emploi d'une autre forme de traitement par implantations tissulaires et présente les observations de 25 maladies oculaires traitées par cette technique.

CHAPITRE PREMIER

LA THERAPEUTIQUE TISSULAIRE EN OPHTALMOLOGIE

I. — Les Travaux du Professeur Filatov

1) *Découverte du procédé — Hypothèse des stimulants biogènes*

Depuis longtemps, de nombreux auteurs avaient insisté sur le fait qu'après une kératoplastie, il n'était pas rare de voir la cornée opacifiée s'éclaircir autour du greffon quelques jours ou quelques semaines après l'intervention.

Le savant russe voulut tirer profit de cette constatation, pensant que le greffon devait contenir des principes actifs exerçant leurs effets sur des tissus dégénérés. Et son opinion se confirma quand, en 1933, après avoir fait une kératoplastie et s'être aperçu que le greffon s'opacifiait peu à peu, il eut l'idée d'effectuer une greffe limbique non transfixiante de cornée de cadavre humain conservée plusieurs jours au froid. Dans les jours qui suivirent, il vit le greffon s'éclaircir progressivement. Pensant alors, d'une part que la maladie du greffon n'était qu'un aspect des dégénérescences tissulaires et d'autre part que la propriété stimulante ne devait pas être propre au tissu cornéen seul, il s'adressa à des malades présentant différentes sortes de dégénérescences des membranes oculaires et employa, pour les traiter, de nombreux tissus conservés au froid. Il obtint des résultats satisfaisants dans un grand nombre de cas. Il bâtit alors une hypothèse accordant aux tissus animaux conservés à 3 ou 4 degrés au-dessus de zéro, le privilège de lutter pour leur existence compromise par ce séjour dans un milieu défavorable à leur vie mais n'entraînant pas leur mort. Cette lutte serait représentée par l'élaboration, au sein même du tissu, de substances spéciales qu'il a appelées « stimulants biogènes ». Une fois le tissu ainsi préparé, implanté dans un organisme vivant, ce seraient ces mêmes substances qui, en diffusant, donneraient une nouvelle jeunesse à des tissus en voie de mort lente. Ces stimulants biogènes seraient thermostables, ne subissant aucune altération à 120 degrés, température à laquelle est porté durant 1 heure le tissu afin d'être stérilisé. Ce ne seraient donc ni des albumines ni des ferments. C'est tout ce que l'auteur russe nous apprend sur leurs propriétés. Il donne comme preuve de leur existence des exemples d'observation courante tels que l'accélération du développement des œufs d'animaux inférieurs à basse température. Il suppose leur présence dans de nombreux phénomènes biologiques.

2) Technique d'utilisation des tissus

Les expériences de Filatov et de ses collaborateurs ont porté tout à tour sur la cornée, la sclérotique, la choroïde, le nerf optique, la rétine, le cartilage, la peau, le foie, le péritoine, le muscle, le placenta et de nombreux autres tissus. Après avoir subi la préparation par le froid, des fragments de ces tissus ont été implantés soit sous la conjonctive oculaire, soit sous la peau au voisinage ou à distance de l'œil. Les homogreffes furent utilisées de préférence aux auto ou hétérogreffes. L'auteur russe prépara à partir de ces tissus des extraits aqueux qu'il introduisit par voie sous-cutanée ou intramusculaire et par voie rectale. Il utilisa aussi l'huile de foie de morue tyndallisée en injections intramusculaires, en faisant bien remarquer que les véritables produits actifs ne sont pas les vitamines A et D mais bien les stimulants biogènes qui s'accumuleraient dans le foie conservé. Il n'hésita pas à employer des liquides biologiques retirés d'organes ou de cadavres conservés à basse température tels que humeur aqueuse, sang, liquide céphalo-rachidien.

Enfin, dépassant le domaine animal, il s'attaqua aux tissus végétaux, modifiant alors sa technique de conservation et utilisant comme milieu de souffrance cellulaire un séjour de deux semaines à l'obscurité. Il donna sa préférence à l'aloës centenaire mais ne négligea pas les feuilles d'orge ou de passerine. Il en fit des implants et surtout des extraits aqueux. Il alla même jusqu'à utiliser des injections de boue des golfes marécageux qui se trouvent aux environs d'Odessa. Cette boue se agit très active naturellement par sa haute teneur en stimulants biogènes, qui, s'étant accumulés dans les organismes avant leur mort, persisteraient intacts dans leurs débris.

Les diverses méthodes de préparation des implants, des lavements, des extraits aqueux, de l'huile de foie de morue seraient fastidieuses à exposer en détail. Citons seulement la préparation du filtrat placentaire telle que l'a préconisée Filatov et telle qu'elle a été employée chez un de nos malades :

Un morceau de placenta pesant 10 g., préparé comme pour l'implantation et haché, est placé dans un bocal contenant 100 g. d'eau distillée. On laisse la macération se faire à 15° pendant 1 heure ; on met le bocal au bain-marie porté à l'ébullition durant 2 minutes ; on filtre sur gaze à plusieurs reprises. Le filtrat est porté de nouveau au bain-marie que l'on fait bouillir légèrement. On met en ampoules de 2 ou 5 cc. que l'on stérilise. Cette prépa-

ration doit être conservée à la glacière et utilisée dans les 3 mois. Ce fut la seule préparation pour laquelle nous avons suivi Filatov pas à pas.

3) Résultats cliniques

Filatov obtint avec chacune de ces nombreuses préparations, en les employant seules ou associées (par exemple : lavements de placenta, + greffes de peau), des résultats dans diverses maladies oculaires. Citons principalement l'opacification secondaire du greffon après kératoplastie, la kératite parenchymateuse hérédosyphilitique, la kératite, la scléro-kératite et la sclérite tuberculeuses, la kératite herpétique, les opacités de la cornée après les kératites infectieuses, les uvéites tuberculeuses, les troubles du vitré, l'ophtalmie sympathique, la rétinite pigmentaire, la chorio-rétinite myopique, l'atrophie du nerf optique, le pannus trachomateux, le glaucome.

Les résultats publiés par l'école russe sont souvent étonnants. Par exemple : Atrophies optiques (Thèse de Bouchmitch). D'après M^{lle} Toulant.

Obs. 697 : Atrophie optique bilatérale après ablation d'un hémangiome temporal. V. O. D. = compte les doigts à 10 cm. V.O.G. = 0,8. Après 3 séries de lavements de placenta, V.O.D. = 0,25. V.O.G. = 1,00.

Obs. 2431 : Atrophie optique bilatérale après encéphalite traumatique. V.O.D.G. = 0,01. Après 7 inject. de Vit. B, V.O.D.G. = 0,06. Après 3 greffes de peau conservée, V.O.D.G. = 1,00.

Le pourcentage des améliorations est important. Ainsi, dans l'opacification secondaire du greffon après kératoplastie, sur 10 cas, 7 améliorations par greffe non transfixiante autour du greffon. Sur 23 cas de kératite parenchymateuse hérédosyphilitique, 19 améliorations par greffe non transfixiante près du limbe. Sur 25 cas de kératite tuberculeuse, 17 améliorations (dans 11 cas, l'acuité passe de 0,08 à 0,8). Dans la rétinite pigmentaire, sur 60 cas traités par injections d'huile de foie de morue, on compte 52 améliorations ; le champ visuel s'élargit souvent de 15 à 20 degrés ; l'acuité augmente en moyenne de 2 à 3/10, parfois de 5 à 6/10. Sur 22 cas traités par implantations sous-conjonctivales de placenta, 18 ont été améliorés : c'est l'acuité qui augmente principalement ; le champ visuel s'élargit plus rarement ; enfin l'adaptation reste le plus souvent stationnaire. Dans la chorio-rétinite myopique, le pourcentage des améliorations va de 81,8 à 93,9 % ; il est d'autant plus élevé que la myopie est

plus forte ; on note souvent un gain d'acuité de plusieurs dixièmes, une diminution et même parfois une disparition des scotomes. Enfin, les corrections peuvent être diminuées de plusieurs dioptries. Dans diverses atrophies du nerf optique, résultats favorables dans 70 % des cas. Dans le glaucome chronique, stabilisation du tonus dans 18 % des cas, agrandissement du champ visuel dans 67 %, des cas, amélioration de l'adaptation dans 1/3 des cas.

Mais le savant russe ne s'en est pas tenu au domaine ophtalmologique. Il a pu obtenir des résultats très intéressants dans des maladies qui, jusqu'ici, n'ont encore trouvé aucun traitement spécifique, telles que la sclérodermie, les ulcérations tuberculeuses de la peau, le lupus, le psoriasis, la leishmaniose cutanée, l'ulcère d'estomac, l'asthme, les radiculo-névrites, les spasmes vasculaires et beaucoup d'autres affections. Ne voit-on pas, dans une observation de M^{me} Lipkina, un malade atteint de rétinite pigmentaire et souffrant en outre d'accès pernicieux de paludisme présenter une guérison clinique et bactériologique de ces derniers après la vingtième injection d'extrait d'aloès ?

II. — Résultats obtenus dans les pays autres que l'U.R.S.S. par la méthode de FILATOV

La nouvelle de cette méthode, bien qu'accueillie avec scepticisme en Amérique, y a cependant été expérimentée sur une vaste échelle. D.M. Gordon rapporte les résultats de 128 cas de rétinite pigmentaire traités au New-York Hospital. Si les méthodes employées ont été rigoureusement les mêmes que celles employées par Filatov, les résultats obtenus ont été bien loin d'égaler ceux du professeur russe puisque les améliorations constatées ont rarement dépassé la marge d'erreur.

En France, plusieurs ophtalmologistes ont utilisé cette technique.

Dollfus, Barrois et Du Plessis de Grénédan ont obtenu, par inclusions de placenta conservé et injections d'huile de foie de morue, sur 4 cas de rétinite pigmentaire, 4 améliorations dont 2 augmentations importantes de l'acuité et un agrandissement du champ visuel dans 2 cas. Sur 3 myopies fortes traitées, résultat dans un cas seulement.

M^{lle} Toulant a obtenu une amélioration de l'acuité dans 2 atrophies optiques dues à l'acétylarsan. Par contre, elle n'a obtenu aucun résultat dans 3 autres atrophies optiques et 1 rétinite pigmentaire.

Paufique et Hugonnier rapportent le cas d'un décollement de rétine déjà opéré sans résultat et ne s'améliorant pas par le décubitus. 3 jours après une inclusion de placenta conservé, la rétine commence à se réappliquer. 3 semaines après, la réapplication est presque totale. Résultat merveilleux dû, peut-être, à une heureuse coïncidence.

Mercier signale des résultats importants dans les opacités cornéennes, les iridocyclites, les kératites neurotrophiques.

Belz cite le cas d'une névrite nicotino-alcoolique avec acuité à 1/20 depuis deux ans, où l'acuité passe à 8/10 de chaque œil après une implantation placentaire.

G.P. Sourdille, bien que n'utilisant pas exactement les données de Filatov, a obtenu de bons résultats dans les choroïdites myopiques, les choroïdites traumatiques et les affections du nerf optique à la période de cicatrisation. Mais il n'a remarqué que peu d'amélioration dans les rétinites pigmentaires.

Dehorter-Duez a remarqué une action nette du traitement dans les affections du segment antérieur, mais un échec pur et simple dans la rétinite pigmentaire et l'atrophie optique.

Algan reconnaît au traitement tissulaire une action sur le segment antérieur, mais une efficacité toute relative dans les affections chorio-rétiniennes.

Fromaget et Giffo qui ont utilisé les injections d'extrait aqueux de placenta conservé dans les myopies fortes ont obtenu, dans 11 cas sur 12, une amélioration de l'acuité allant de 1/20 à 2/10.

Comme on peut s'en rendre compte, les résultats obtenus par la méthode thérapeutique du savant russe diffèrent beaucoup suivant les auteurs. Il est à remarquer que, si la plupart des ophtalmologistes reconnaissent l'utilité de la thérapeutique tissulaire dans les affections du segment antérieur, les avis sont par contre très partagés en ce qui concerne les affections intéressant le fond de l'œil comme la rétinite pigmentaire, l'atrophie optique, la choroïdite myopique. Cependant, dans de telles maladies, la diversité des résultats obtenus ne doit pas nous faire hésiter à entreprendre une thérapeutique qui, dans certains cas, s'est montrée vraiment efficace. Dans des affections désespérées telles que la rétinite pigmentaire, ce serait en effet une faute grave que de ne pas essayer un traitement qui a des chances, si minimes soient-elles, d'amener une amélioration ou tout au moins de stopper ou de retarder une évolution fatale quant à la fonction à plus ou moins longue échéance. Il est certain que, pour cette maladie, les vaso-dilatateurs, la symp-

tectomie, l'hormonothérapie, la vitaminothérapie, la réduction de la tension oculaire par ponction de la chambre antérieure ont fait naître tour à tour dans l'esprit des médecins et des malades des espoirs vite déçus par la courte durée des améliorations obtenues, à condition toutefois que celles-ci aient existé. En ce qui concerne la tissuthérapie, si certains résultats sont transitoires, d'autres n'ont pas régressé au bout d'un an et même deux ans. Cette durée de certaines améliorations nous montre qu'il ne faut pas voir dans les résultats apportés par cette thérapeutique la traduction d'un simple phénomène psychosomatique. Il est cependant fort probable que, dans plusieurs cas, la joie d'un malade qui se sait atteint d'une affection incurable et que l'on traite par un procédé nouveau peut faire croire quelque temps à une évolution favorable de cette affection, mais, pour que l'amélioration soit durable, il faut un autre élément en plus. Quel peut être cet autre élément? Les stimulants biogènes de Filatov ne sont pour l'instant que des mots vides de sens nés d'une théorie purement gratuite. Et nous pensons que, ici, se pose avant tout la question de l'action stimulante des tissus sur les cellules vivantes.

III. — Etude expérimentale de la stimulation cellulaire par les extraits tissulaires

On connaît depuis longtemps l'influence favorisante des tissus adultes sur les cultures cellulaires. Déjà, en 1913, Carrel avait signalé le fait que la multiplication cellulaire était favorisée beaucoup plus par l'action d'extraits de tissus adultes que par celle d'extraits de tissus embryonnaires. Depuis 15 ans, Hoffmann et ses collaborateurs étudient l'influence de différents tissus adultes sur les cultures cellulaires et les plaies expérimentales. Si certains de ces tissus sont moins actifs que d'autres, tous, sans exception, sont infiniment plus actifs que les tissus embryonnaires. Hoffmann et Dingwell pensent que le principe tissulaire actif serait une diastase capable de stimuler la formation des nucléoprotéides. Quoi qu'il en soit, si la supériorité des tissus adultes sur les tissus embryonnaires est maintenant bien établie, personne n'a encore démontré que la conservation des tissus à basse température puisse favoriser l'apparition de principes stimulants quelconques.

Aussi, la question cruciale de la tissuthérapie ne réside peut-être nullement, comme le pense Filatov, dans la conservation des tissus au froid, mais bien dans l'âge même du tissu. Les résultats expérimentaux nous amènent à penser, comme Carrel,

qu'un tissu embryonnaire ayant besoin de facteurs de croissance n'est pas susceptible d'en donner, alors qu'un tissu arrivé au terme de son développement devient apte à livrer de tels principes. Nous rejoignons ici l'opinion du professeur Renard qui pense que deux tissus semblent particulièrement capables de remplir ces conditions, ce sont ceux du thymus et du placenta. En effet, ces deux organes ayant eu un maximum d'activité durant la vie intra-utérine ont, au moment de l'accouchement, atteint en quelque sorte leur âge limite. Ils se trouvent alors diamétralement opposés aux tissus embryonnaires. C'est pour cette raison que nous avons décidé d'employer de tels tissus et, pour des raisons de commodité, nous avons choisi le placenta.

Ainsi, ayant adopté l'idée de Filatov quant aux implantations tissulaires elles-mêmes, nous avons abandonné sa méthode de préparation des implants, accordant une valeur aux substances que contient le tissu au moment de sa rupture avec l'organisme nourricier et une moindre créance aux hypothétiques produits qu'il peut élaborer durant sa lente agonie à 4 degrés au-dessus de zéro. Aussi avons-nous adopté la méthode de préparation de Renard et Brégeat, méthode qui respecte au maximum les propriétés que possède le placenta au moment de l'accouchement. Elle consiste, d'une part, à employer le placenta aussi frais que possible et, d'autre part, à le stériliser par un simple passage dans une solution de pénicilline au lieu de lui faire subir, comme l'auteur russe, une stérilisation traumatisante à 120 degrés.

A côté de la diversité des résultats obtenus tant en France qu'à l'étranger par la véritable méthode de Filatov, il y a des résultats beaucoup plus intéressants obtenus en France par les implantations de placenta frais.

Sur 18 cas de rétinite pigmentaire, Renard a observé une élévation de l'acuité dans 12 cas, une augmentation du champ visuel dépassant 5° dans 6 cas et une amélioration très nette de l'adaptation dans les 3 cas où elle a été mesurée. Il a noté une accentuation des progrès durant 1 à 2 mois après l'intervention et un maintien des améliorations atteignant 1 an et plus.

Teulières et Janine Houssin ont obtenu, sur 16 cas d'affection oculaire comprenant 9 myopies malignes, 3 rétinites pigmentaires, 2 atrophies optiques et 2 syndromes de Fuchs, 11 améliorations très nettes de l'adaptation à l'obscurité, 6 améliorations de l'acuité visuelle en haute lumière, un rétrécissement des scotomes centraux dans 4 cas et un élargissement périphérique du champ visuel dans 3 cas.

De Saint-Martin, sur 30 cas de myopie forte, a observé 18 améliorations importantes, 14 améliorations appréciables, 6 améliorations douteuses et 2 échecs seulement.

La constatation de tels résultats ne peut que nous engager à travailler selon cette méthode qui, méritant d'être bien distinguée de la « méthode de Filatov », doit être appelée « méthode de Renard ».

IV. — Technique du traitement par implants placentaires

Voici celle qui a toujours été utilisée dans le service d'ophtalmologie du Professeur J. Pesme au Val-de-Grâce et que nous avons nous-même utilisée.

1) *Mode de traitement*

Suivant les conseils du Professeur J. Pesme, nous avons délibérément laissé de côté les injections d'huile de foie de morue qui ne sont pas sans danger et provoquent souvent des abcès dont le risque de formation est inévitable, ne dépendant pas d'un défaut de stérilisation puisque D.M. Gordon a remarqué que, plus la stérilisation était poussée, plus la réaction était forte. Quant aux filtrats placentaires préparés suivant la méthode de Filatov, il en a été essayé une série sur un sujet atteint de rétinite pigmentaire. Le résultat en a été décevant. Le restant de notre travail a porté, à l'exclusion de toute autre thérapeutique, sur les implantations sous-conjonctivales de placenta frais, c'est-à-dire aussi rapproché de l'accouchement que possible, n'excédant jamais 48 heures. Nous avons en général procédé à 5 implantations sur chaque œil, fixant comme intervalle soit 15 jours entre 2 implantations sur le même œil et 8 jours sur chacun des deux yeux, d'où une durée de traitement atteignant 10 semaines, soit 8 jours entre 2 implantations sur le même œil procédant alors durant 2 jours consécutifs à 1 implantation sur chaque œil, d'où une durée de traitement réduite à 5 semaines. Il nous a semblé qu'une telle répétition pouvait présenter un intérêt non négligeable, laissant chacun des yeux sous l'action de produits actifs 5 fois renouvelés et qu'elle méritait d'être essayée.

2) Préparation des implants placentaires

Le placenta est prélevé stérilement chez une femme ayant accouché à terme, avec BW négatif, après vérification du rapport poids du placenta sur poids de l'enfant et un examen rapide du nouveau-né. Un morceau de placenta pesant environ 50 g. est découpé et lavé aussitôt au sérum physiologique. De petits fragments de 3 à 4 mm³ sont, dès que possible, taillés dans la masse de ce morceau et placés dans une solution de pénicilline à 1000 U.O. par cc. où ils séjourneront durant au moins 6 heures jusqu'au moment de l'emploi, à une température de 3 à 4 degrés au-dessus de zéro.

3) Technique opératoire

Elle est des plus simples. Après instillation de cocaïne à 5 % et pose d'un bléfarostat, injection sous-conjonctivale de 1/4 cc. de novocaïne à 2 % au niveau de la conjonctive bulbaire près du cul de sac conjonctival inférieur. Incision de la boule d'œdème, aussi petite que possible, avec de petits ciseaux courbes pointus et création d'un tunnel horizontal de 1 à 2 cm. de longueur par section aux ciseaux des tractus conjonctivaux. Une pince à griffe saisit alors la conjonctive tandis qu'une pince mousse enfonce aussi profondément que possible un fragment de placenta dans le tunnel. Les lèvres de la plaie conjonctivale sont ensuite pincées pendant quelques secondes. Pas de suture. Pénicilline ou argyrol. Collyre à l'argyrol durant 3 jours matin et soir.

4) Suites opératoires

Sur plusieurs centaines d'implantations jusqu'alors pratiquées, nous n'avons constaté que 3 fois une réaction inflammatoire légère n'ayant pas résisté plus de 24 heures à la simple instillation de pénicilline. Jamais l'implant n'a été expulsé. L'intervention est indolore. La douleur post-opératoire est minime quand elle existe; c'est alors une sensation de gêne, de tiraillement, qui disparaît au bout de quelques jours. Dans 2 cas seulement, nous avons été obligés d'enlever au bout du 4^e jour un implant mal supporté occasionnant des douleurs sans qu'il y ait de complication apparente. L'implant est généralement entièrement résorbé au bout de 2 à 3 mois. Dans un cas, certains implants se sont calcifiés au bout d'une quinzaine de jours et, devenus gênants, ont dû être enlevés.

Pratiquement, les inconvénients de cette méthode sont surtout d'ordre esthétique et dûs, d'une part, au pansement que nous avons souvent supprimé sans inconvénient et, d'autre part, à l'œil qui peut rester rouge durant une douzaine de jours par suite de la formation d'un hématome sous-conjonctival s'étendant parfois jusqu'au limbe.

A peu près tous les malades acceptent volontiers ce traitement et ne sont le plus souvent inquiets que pour la première implantation. Rien ne les empêche de vaquer à leurs occupations habituelles aussitôt après l'intervention.

Si le prélèvement a été fait chez une femme non syphilitique et si la pénicilline a été en contact durant au moins 6 heures avec chacun des fragments, cette méthode de traitement ne semble devoir faire courir aucun risque au malade.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS RELATIVES A 25 CAS DE MALADIES OCULAIRES TRAITÉES PAR IMPLANTATIONS PLACENTAIRES

Les observations qui vont suivre portent sur 25 affections oculaires traitées par implantations sous-conjonctivales de placenta frais et dont l'une a reçu de plus un traitement par injections de filtrat placentaire. Elles sont classées dans l'ordre suivant :

- 1) 7 cas de dégénérescence tapéto-rétinienne ;
- 2) 10 cas de chorio-rétinite myopique ;
- 3) 3 cas de chorio-rétinite infectieuse ;
- 4) 2 cas d'atrophie optique bilatérale ;
- 5) 2 cas de décollement de rétine ;
- 6) 1 cas de capillarose.

Nous avons volontairement laissé de côté les affections du segment antérieur et les séquelles des plaies oculaires.

Les divers cas d'un même groupe ont été classés en tenant compte de l'importance des améliorations, les résultats les meilleurs étant placés en tête.

Avant de commencer l'exposé de ces observations, il nous a semblé utile d'indiquer comment nos malades furent suivis à intervalle régulier.

1) Pour la mesure de l'adaptation à l'obscurité, nous avons employé le photoptomètre de Haas. Nous avons utilisé pour mesurer l'acuité aux basses lumières l'anneau de Landolt dont la valeur de l'angle de brisure est de 1 minute à 5 mètres et nous avons toujours placé notre sujet à 3 mètres. Nous avons fixé le temps de l'adaptation à 10 minutes. Ce laps de temps nous a semblé préférable à celui de 5 minutes, les erreurs entre deux examens successifs étant d'autant moindres que le temps d'adaptation est plus long.

2) Tous les champs ont été mesurés à l'aide du périmètre de Goldmann. Pour un malade donné, les caractéristiques du spot sont les mêmes lors des différents champs visuels. La brillance du fond est la même pour tous les examens. Nous avons reproduit dans cet

ouvrage les schémas des champs visuels dont les modifications en cours ou en fin de traitement ont été particulièrement importantes. Pour les autres, nous nous sommes contentés de donner leurs dimensions dans les 4 méridiens principaux (T., N., sup., inf.) et de les décrire rapidement lorsqu'ils ne sont pas régulièrement concentriques.

I. — Dégénérescences tapeto-rétiniennes

Observation I — Paul JOU..., 17 ans

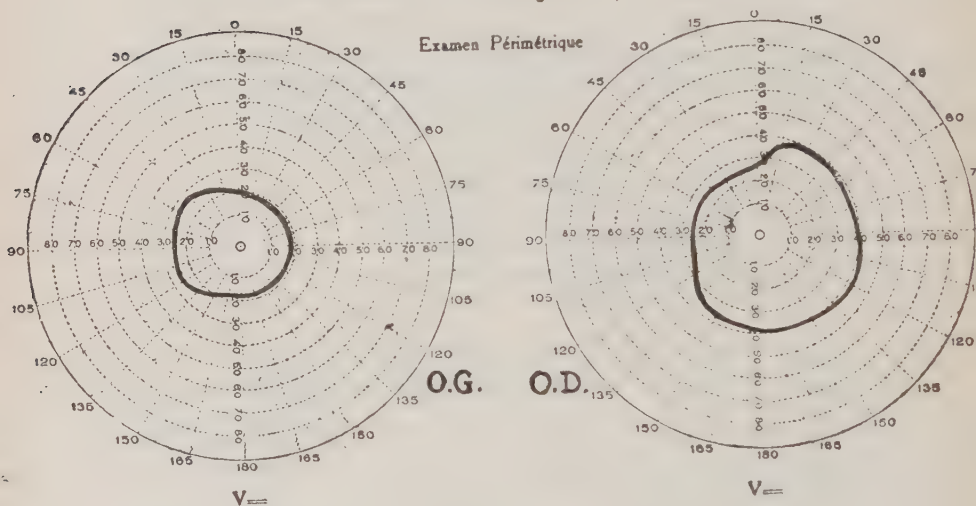


Fig. 1 - Paul JOU..., O.D. - O.G. - Avant le traitement

Dès son plus jeune âge, fut gêné par une héméralopie qui ne fit ensuite que croître. Rien à signaler dans les antécédents.

Strabisme convergent et sursumvergent O.G. Nystagmus provoqué horizontal.

V.O.D. = 7/10 avec ($0^\circ + 0,50$).

V.O.G. = 2/10 sans correction, non améliorable.

Javal : O.D.G. = $0^\circ + 0,50$.

F.O.D. : Papille un peu pâle entourée d'une auréole de pigment. Macula normale. Pas de modification du calibre des vaisseaux rétiniens. Visibilité du dessin choroidien particulièrement nette dans le secteur inféro-nasal. Pas de pigmentation pathologique sur l'aire rétinienne.

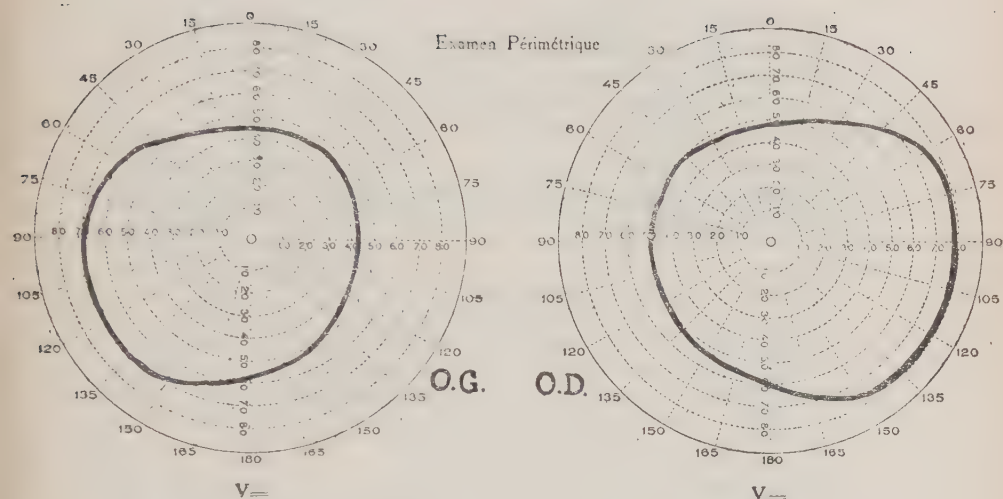


Fig. 2 - Paul JOU..., O.D. - O.G. - Après 5 implantations sur chaque œil.

F.O.G. : Meilleure visibilité du dessin choroïdien. Léger rétrécissement du calibre des vaisseaux rétiniens. Même aspect qu'à droite par ailleurs.

T.A.R. : O.D. = 35 O.G. = 30.

T.O. = 18 (O.D.G.) Bailliart.

Champ visuel : cf. fig. 1 (Ind. blanc. Grand. 4. Int. 3).

Au photoptomètre de Haas :

Voit la plage lumineuse à 1 div. $\frac{3}{4}$.

Voit la brisure de l'anneau à 2 div. $\frac{3}{4}$.

BW : négat. Calcémie = 0,098 $^{\circ}/_{\infty}$. Vernes Résorcine : Do = 37.

Traitement : 10 implant. en 10 semaines.

Après 1 implant. sur chaque œil :

V.O.D. = 9/10 avec ($0^{\circ} + 0,50$) — 0,25.

V.O.G. = 3/10 avec ($0^{\circ} + 0,75$) — 0,50.

Le champ visuel s'agrandit concentriquement.

A la fin du traitement :

V.O.D. = 10/10 avec ($0^{\circ} + 0,50$) — 0,50.

V.O.G. = 5/10 avec ($0^{\circ} + 0,75$) — 0,50.

Champ visuel : cf. fig. 2.

Au photoptomètre de Haas :

Voit la plage lumineuse à 1 div. 1/4.

Voit la brisure de l'anneau à 2 div.

F.O.D.G. : Réseau choroïdien moins apparent.

T.A.R. : O.D. = 40 O.G. = 38.

T.O. sans changement.

Subjectivement : amélioration considérable tant dans la vision diurne que nocturne.

3 mois après la fin du traitement :

V.O.D. = 9/10 avec ($0^{\circ} + 0,50$) — 0,50.

V.O.G. = 5/10 faible avec $0^{\circ} + 0,75$ — 0,50.

Champ visuel (O.D.G.) : perte de 10° sur le mér. T.

Au photoptomètre de Haas :

Voit la plage lumineuse à 1 div. 1/2.

Voit la brisure de l'anneau à 2 div. 1/4.

Subjectivement : légère diminution de la vision à la tombée de la nuit.

Observation II — Guy CLI..., 31 ans

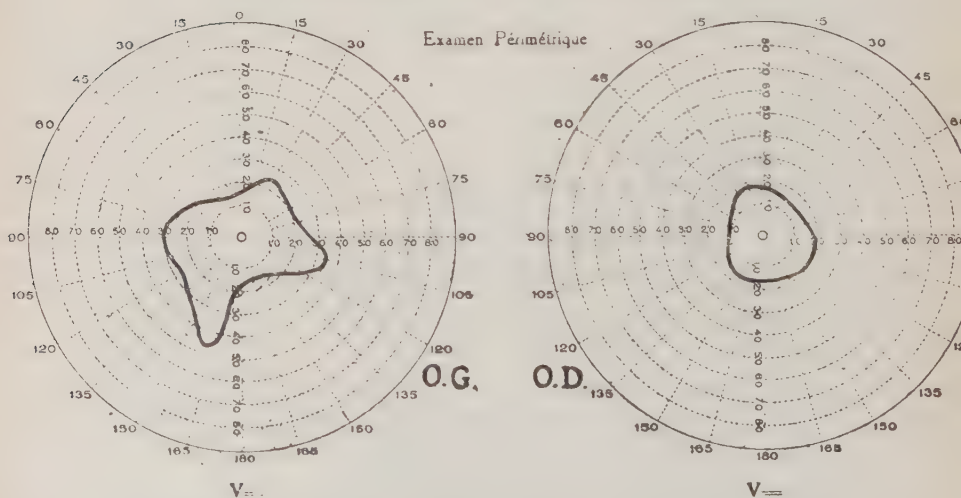


Fig. 3 - Guy CLI..., O.D. - O.G. - Avant le traitement

Psychisme un peu déficient. Union consanguine probable. Les troubles visuels remontent à 9 mois environ, ayant débuté par une baisse de la vision à la tombée de la nuit.

V.O.D. = 1/10 sans correction, non améliorable.

V.O.C. = 1/10 sans correction et 2/10 avec ($0^{\circ} + 1$).

Javal : O.D.G. = $0^{\circ} + 1,25$.

Milieux : (O.D.G.) : cataracte choroidienne surajoutée à une opacité capsulaire polaire postérieure. Vitré fluide. Prédominance des opacifications à droite.

F.O.D.G. : Papille de teinte jaune-chamois. Vaisseaux rétiens filiformes. A la périphérie, monstrueux amas pigmentaires ayant la forme d'ostéoblastes.

T.A.R. = 25 (O.D.G.).

T.O. : O.D. = 20 O.G. = 25 Bailliart.

Champ visuel : cf. fig. 3 (Ind. blanc. Grand. 5. Int. 4).

Au photoptomètre de Haas :

Voit la plage lumineuse à 2 div.

Voit la brisure de l'anneau à 9 div. 1/2.

BW : négat. Calcémie = 0,096 g. $\%$. Vernes-résorcine : Do = 16

1^{er} traitement : 52 injections intramusculaires de filtrat placentaire préparé suivant la méthode de Filatov, comprenant d'abord 12 injections de 5 cc. tous les 2 jours, puis 40 injections de 2 cc. tous les jours.

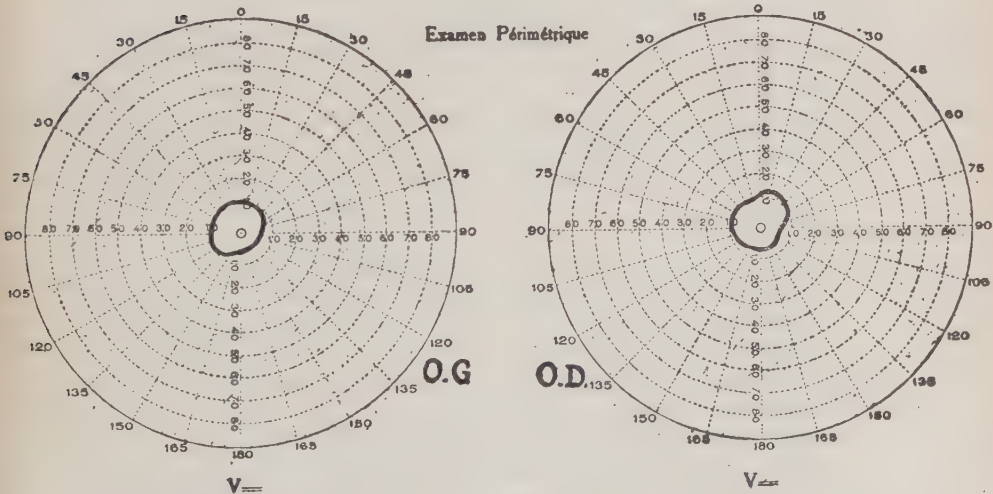


Fig. 4 - Guy CLI..., O.D. - O.G. - Après 52 injections de filtrat de placenta conservé.

Le champ visuel se rétrécit progressivement pendant toute la durée du traitement.

Après la 52^e injection :

V.O.D. = 1,5/10 sans correction, non améliorable.

V.O.G. = 2/10 sans correction, non améliorable.

Champ visuel : cf. fig. 4.

Au photoptomètre de Haas :

Voit la plage lumineuse à 2 div.

Voit la brisure de l'anneau à 7 div.

Subjectivement : Baisse de vision sensible. A l'impression d'avoir un voile devant ses yeux. Est ébloui par une lumière un peu vive.

2^e traitement : 10 implant. en 10 semaines.

7 jours après la 1^{re} implant. (faite sur O.G.) :

C.V. (O.G.) : gagne 16° sur le mér. T.

Amélioration légère notée par le malade.

7 jours après la 1^{re} implant. O.D. (1 implant. O.G.) :

C.V. (O.G.) : gagne 8° sur le mér. T.

C.V. (O.G.) : gagne 19° sur le mér. T.

Amélioration du seuil lumineux brut et de l'acuité aux basses lumières.

Le champ visuel s'accroît ensuite régulièrement au cours du traitement.

A la fin du traitement (7 jours après 10^e implant.) :

V.O.D. = 1,5/10 sans correction, non améliorable.

V.O.G. = 3/10 sans correction, non améliorable.

Champ visuel : cf. fig. 5.

Au photoptomètre de Haas :

Voit la plage lumineuse à 1 div. 1/2.

Voit la brisure de l'anneau à 6 div.

Milieux : régression de la cataracte choroïdienne O.G.

Fond d'œil, T.A.R. et T.O. sans changement.

Subjectivement : amélioration très nette. La sensation de brouillard et l'éblouissement ont disparu. Conduite facile dans la demi-obscurité.

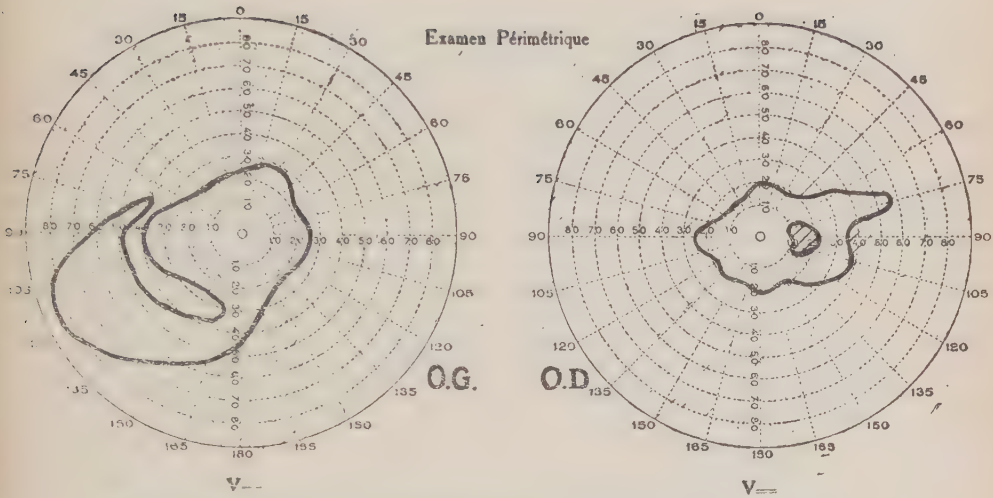


Fig. 5 - Guy CLI..., O.D. - O.G. - Après 5 implantations sur chaque œil.

Observation III — Jean QUE..., 21 ans

Un certain degré d'héméralopie semble exister depuis le jeune âge mais, récemment, baisse notable de la vision nocturne. Petite débilité mentale. Une fracture du crâne à l'âge de 8 ans. Rien à signaler dans les antécédents familiaux.

V.O.D.G. = 4/10 sans correction, non améliorable.

Javal : O.D.G. = $90^\circ + 1,75$.

F.O.D.G. : Papille et région maculaire normales. Pas de diminution du calibre des vaisseaux. Au niveau de l'équateur, nombreux dépôts pigmentaires constituant des ostéoblastes typiques et faisant le tour de la rétine.

T.A.R. = 40 (O.D.G.).

T.O. = 20 (O.D.G.) Bailliart.

Champ visuel : cf. fig. 6 (Ind. blanc. Grand. 5. Int. 4).

Au photoptomètre de Haas :

Voit la plage lumineuse à 5 div.

Voit la brisure de l'anneau à 8 div. $1/2$.

Kahn : $\pm$ Kline $\pm$ BW : — MKR : — Calcémie = 0.097 g. $^{\circ}/_{100}$.

Traitement : 6 implant. en 6 semaines.

7 jours après la 1^{re} implant. (faite sur O.G.) :

V.O.G. = 5/10 sans correction, non améliorable.

C.V. (O.G.) : gagne 10° sur le mér. T.

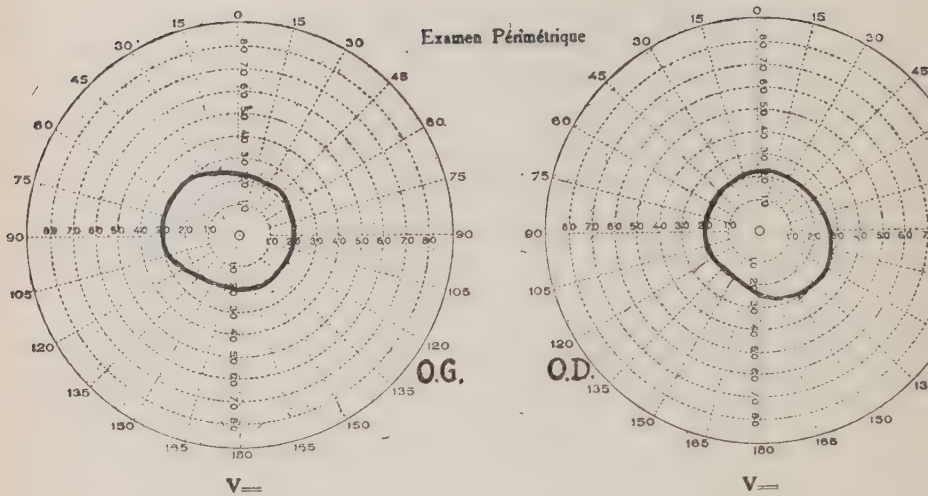


Fig. 6 - Jean QUE..., O.D. - O.G. - Avant le traitement

7 jours après la 1^{re} implant. O.D. (1 implant. O.G.) :

C.V. (O.D.) : gagne 12° — (O.G.) : gagne 18° (sur le mér. T.).

7 jours après la 3^e implant. O.G. (2 implant. O.D.) :

V.O.D. = 4/10 sans correction, non améliorable.

V.O.G. = 5/10 sans correction, non améliorable.

Champ visuel : cf. fig. 7.

Fond d'œil, T.A.R. et T.O. sans changement.

Subjectivement : amélioration portant sur la vision diurne et, surtout, sur la vision crépusculaire.

Le malade reçut le même jour une 3^e implant. O.D. et fut ensuite perdu de vue. Il est regrettable que nous n'ayons pu procéder à une nouvelle mesure de l'adaptation.

Observation IV — Robert PRU..., 47 ans

Depuis une dizaine d'années, s'est aperçu qu'il voyait de moins en moins à la tombée de la nuit. Actuellement, héméralopie très caractérisée.

Antécédents : Méningite en 1917. Mastoïdite en 1932.

Rien à signaler dans les antécédents familiaux.

V.O.D. = 9/10 faible avec (90° + 0,75).

V.O.G. = 8/10 faible avec (90° + 0,50).

F.O.D.G. : Papille atrophique, jaune chamois, déprimée en

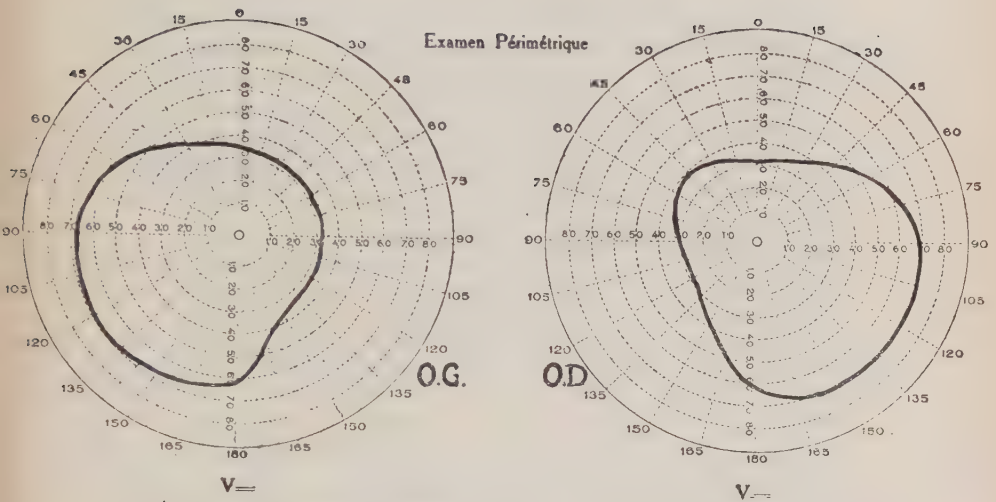


Fig. 7 - Jean QUE..., O.D. - O.G. - Après 2 implantations O.D. et 3 implantations O.G.

godet avec vaisseaux atrésiés, filiformes. Vascularisation du F.O. très pauvre. Pigmentation périphérique débutant bien avant la zone équatoriale et faisant le tour de la rétine. Aspect d'ostéoblastes typiques.

T.A.R. : difficilement prenable.

T.O. = 22. (O.D.G.) Bailliant.

Champ visuel (index blanc. Grand. 4. Int. 4) :

O.D. Ilot temporal, arrondi, situé entre 50 et 60°, à 28° du champ central qui mesure :

Mér. T...22° N...22° sup...15° inf...18°.

O.G. Ilot temporal arrondi, situé entre 48 et 65°, à 38° du champ central qui mesure :

Mér. T...10° N...15° sup...12° inf...13°.

Au photoptomètre de Haas :

Voit la plage lumineuse à 4 div.

Voit la brisure de l'anneau à 10 div.

BW : négat. Calcémie = 0,097 g.^o/₁₀₀. Vernes-résorcine : Do = 5.

Traitement : 10 implant. en 10 semaines.

7 jours après la 4^e implant. O.D. (3 implant. O.G.).

C.V. (O.D.). Agrandissement concentrique de l'îlot temporal situé maintenant entre 28° et 75° et séparé de 3° du champ central qui mesure :

Mér. T... 25° N... 18° sup... 16° inf... 12° .

C.V. (O.G.). Agrandissement concentrique de l'îlot temporal qui se trouve maintenant réuni par une communication large de 10° au champ central qui mesure :

Mér T... 25° N... 18° sup... 15° inf... 15° .

Au photoptomètre de Haas :

Voit la plage lumineuse à 1 div. $1/4$.

Voit la brisure de l'anneau à 3 div. $1/2$.

Fond d'œil, et T.O. : sans changement.

Subjectivement, amélioration de la vision particulièrement nette aux basses lumières.

A reçu 5 implant. sur chaque œil mais ne s'est plus soumis aux examens de contrôle.

6 mois après la fin du traitement : l'amélioration subjective persiste.

Observation V — Suzanne DAN..., 45 ans

A remarqué depuis plusieurs années une baisse progressive de son acuité visuelle et vient en consultation pour obtenir des verres.

Rien à signaler dans les antécédents. Sa fille âgée de 15 ans présente un fond d'œil normal.

V.O.D. = $1/10$ sans correction, non améliorable.

V.O.G. = $4/10$ sans correction, non améliorable.

Javal : O.D.G. = $90^{\circ} + 1,50$.

F.O.D. : Papille jaune chamois. Vaisseaux très rétrécis. Région maculaire décolorée. Granulations pigmentaires faisant le tour de la rétine, débutant à 3 D.P. de la papille dans le secteur temporal et à 1,5 D.P. dans le secteur nasal, se terminant bien avant d'avoir atteint la zone équatoriale et présentant des formes variées, en amas arrondis et en ostéoblastes dont certains engainent les vaisseaux rétinien.

F.O.G. : Teinte ardoisée de la région maculaire. Absence totale de pigment entre 12 H ; et 3 H ; c'est-à-dire dans le secteur supéro-temporal. Même aspect par ailleurs.

T.A.R. = 40 (O.D.G.).

T.O. = 25 (O.D.G.) Bailliart.

Champ visuel (index blanc. Grand. 3. Intensité 4).

O.D. : Scotome annulaire complet, ne reliant la périphérie en aucun point et délimitant un champ central qui mesure :

Mér. T...7° N...8° sup...15° inf...6°.

O.G. : Scotome annulaire ouvert de 80° dans le quadrant inféro-nasal, ne reliant la périphérie en aucun point et délimitant un champ central qui mesure :

Mér. T...7° N...10° sup...10° inf...10°.

Les champs périphériques sont normaux des deux côtés.

Au photoptomètre de Haas :

Voit la plage lumineuse à 1/2 div.

Voit la brisure de l'anneau à 3 div.

BW : négat. Calcémie = 0,099 g.°/°°. Vernes-résorcine : Do = 10

Traitement : 10 implant. en 5 semaines.

7 jours après la fin du traitement :

V.O.D. = 1/10 sans corr. et 1,5/10 avec (90° + 1).

V.O.G. = 4/10 sans corr. et 6/10 avec (90° + 1).

Champ visuel : sans changement.

Au photoptomètre de Haas :

Voit la plage lumineuse à 1/2 div.

Voit la brisure de l'anneau à 2 div. 1/2.

Fond d'œil : sans changement.

T.A.R. : O.D. = 65 O.G. = 60.

T.O. = 20 (O.D.G.) Bailliart.

Subjectivement : faible amélioration de la vision diurne. Amélioration un peu plus nette de la vision nocturne.

Observation VI — René GOU..., 41 ans

Héméralopie datant de plus de 20 ans. Impossibilité de lire depuis 9 ans. A reçu deux implant. placentaires l'année dernière en clinique privée, sans résultat.

Antécédents familiaux : père mort de diabète. Aucune affection oculaire connue.

V.O.D.G. = 1/25 sans correction, non améliorable.

F.O.D.G. : Papille de teinte jaune chamois. Vaisseaux rétiniens très rétrécis, filiformes. Réseau vasculaire choroidien bien visible avec espaces intervasculaires très pigmentés. Amas pigmentaires assez ténus débutant à 3 D.P. de la papille et existant seulement dans la moitié nasale de la rétine. Macula non reconnaissable.

T.A.R. = 35 (O.D.G.).

T.O. : O.D. = 38 O.G. = 30 Bailliart.

Champ visuel (index blanc. Grand. 4. Int. 3) :

O.D. Large amputation du quadrant supéro-temporal. Scotome central de 5°. Ilot temporal entre 40° et 50°.

Mér. T...0° N...40° sup... 13° inf... 62°.

O.G. Amputation occupant l'hémi-champ supérieur. Scotome central de 5°. Ilot temporal entre 50° et 60°.

Mér. T...0° N...45° sup...0° inf...62°.

Au photoptomètre de Haas :

Voit la plage lumineuse à 2 div. 1/4.

Voit la brisure de l'anneau à 18 div.

BW : négat. Calcémie : 0,098 ° °°. Vernes-résorcine : Do = 10

Traitement : 10 implant, en 10 semaines.

7 jours après la fin du traitement :

V.O.D.G. : sans changement.

C.V. (O.D.) : Faible régression de l'amputation. Persistance du scotome central. Agrandissement de l'ilot temporal situé entre 40° et 80°.

Mér. T...0° N...42° sup...25° inf... 64°.

C.V. (O.G.) : Faible régression de l'amputation. Persistance du scotome central. Ilot temporal sans changement.

Mér. T...0° N...47° sup...20° inf... 62°.

Au photoptomètre de Haas :

Voit la plage lumineuse à 2 div. 1/4.

Voit la brisure de l'anneau à 11 div.

Fond d'œil : sans changement.

T.A.R. = 50 (O.D.G.).

T.O. : O.D. = 25 O.G. = 22 Bailliart.

Subjectivement : Amélioration légère de jour et de nuit. Se dirige un peu plus facilement.

6 mois après la fin du traitement : les résultats se maintiennent sans changement.

Observation VII — René VAL..., 37 ans

Navigateur dans l'aviation militaire, il n'a jamais ressenti de trouble visuel. Son affection a été découverte à la suite d'un examen ophtalmologique systématique.

Rien à signaler dans les antécédents.

V.O.D.G. = 10/10 sans correction.

F.O.D.G. : Papille de coloration normale. Aplasie diffuse de l'épithélium pigmentaire : les vaisseaux rétiens non rétrécis semblent reposer directement sur la choroïde qui paraît être « à nu ». De petits dépôts pigmentaires arrondis, très rares, sont disséminés sur l'aire rétinienne. Seules les régions maculaire et péri-maculaire sont respectées.

T.A.R. : O.D. = 10 O.G. = 18.

T.O. : O.D. = 28 O.G. = 20 Bailliant.

Champ visuel (index blanc. Grandeur 3. Intensité 3) :

O.D. : scotome paracentral isolé à 7° du point de fixation. Scotome annulaire ayant rejoint la périphérie dans le quadrant supéro-nasal.

O.G. : Scotome annulaire à 7° du point de fixation ayant rejoint la périphérie dans le quadrant supéro-temporal.

Au photoptomètre de Haas : mesures normales.

BW : négat. Calcémie = 0,096 g.^o/₁₀₀. Vernes-résorcine : Do = 3.

Traitement : 10 implantations en 10 semaines.

Peu de modifications du champ en cours de traitement.

7 jours après la fin du traitement :

C.V. (O.D.) : Légère amélioration. Le scotome paracentral s'est dissocié. Le scotome annulaire s'est détaché de la périphérie.

C.V. (O.G.) : Le scotome annulaire s'est dissocié et ne rejoint plus en aucun point la périphérie.

T.A.R. : O.D. = 40 O.G. = 35.

T.O. : O.D. = 20 O.G. = 18 Bailliant.

Fond d'œil : sans changement.

3 mois et demi après la fin du traitement :

C.V. (O.D.G.) : retour à l'état initial.

T.A.R. = 30 (O.D.G.).

T.O. sans changement.

6 mois après la fin du traitement : stabilisation du champ, de la T.A.R. et de la T.O.

II. — Chorio-rétinites myopiques

Observation VIII — Pierre SIC... 32 ans

Correction optique depuis son enfance. Verres fréquemment changés. Actuellement : héméralopie. Commotion cérébrale datant de 7 ans.

Père et grand-père maternel très myopes.

V.O.D. = 4/10 avec (0° — 3) — 9.

V.O.G. = 5/10 avec (0° — 3) — 8.

Javal : O.D.G. = $90^{\circ} + 4$.

F.O.D. : Staphylome myopique vrai. Papille décolorée. Artères rétiniennes un peu rétrécies. Réseau vasculaire choroïdien bien visible dans tous les secteurs. Dans la région interpapillo-maculaire, lésion de choroïdose blanchâtre, peu pigmentée de la taille d'1 D.P.

F.O.G. : Pas de lésion de choroïdose. Même aspect qu'à droite par ailleurs.

T.A.R. = 55 (O.D.G.).

T.O. = 20 (O.D.G.) Bailliart.

Champ visuel (index blanc. Grand. 3. Int. 2).

O.D. MÉR. T... 63° N... 42° sup... 40° inf... 52° .

O.G. : cf. fig. 8.

Au photoptomètre de Haas :

Voit la plage lumineuse à 1 div. 1/4.

Voit la brisure de l'anneau à 3 div.

Traitement : 10 implant. en 10 semaines.

L'acuité commence à augmenter 7 jours après la 1^{re} implantation et continue à croître régulièrement pendant toute la durée du traitement.

15 jours après la fin du traitement :

V.O.D. = 7/10 avec (0° — 3) — 9.

V.O.G. = 9/10 avec (0° — 3) — 8.

C.V. (O.D.) : MÉR. T... 74° N... 43° sup... 51° inf... 55° .

C.V. (O.G.) : cf. fig. 8.

Au photoptomètre de Haas :

Voit la plage lumineuse à 1 div.

Voit la brisure de l'anneau à 2 div. 1/4.

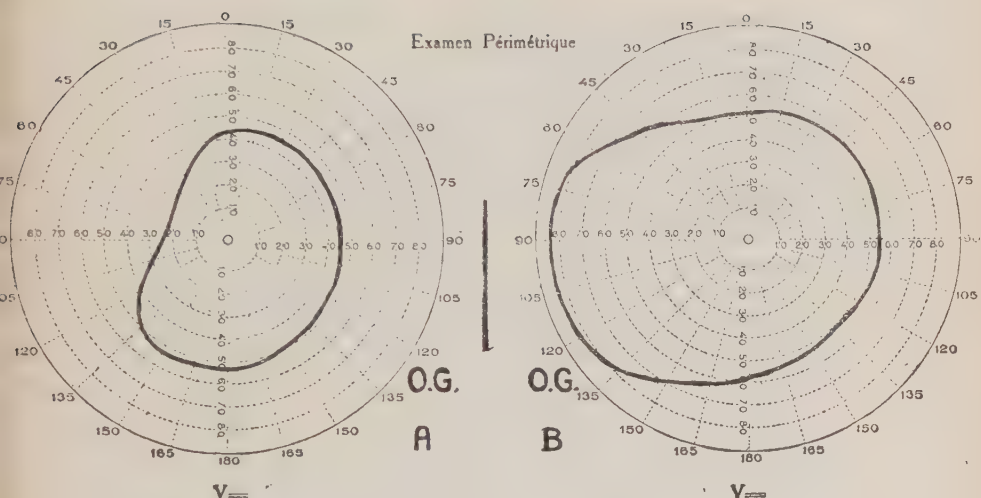


Fig. 8 - Pierre SIC..., O.G. - A. Avant le traitement.
B. Après 5 implant. O.G.

F.O.D. : disparition presque totale de la lésion de choroïdose évolutive.

F.O.G. : sans changement.

T.A.R. : O.D. = 45 O.G. = 50.

T.O. : sans changement.

Subjectivement : amélioration considérable tant dans la vision nocturne que diurne.

Observation IX Anne-Marie FOR..., 20 ans

Depuis l'âge de 4 ans, correction optique modifiée chaque année. Père et frère myopes.

V.O.D. = 3/10 avec (0° — 3) — 7.

V.O.G. = 1/10 avec (0° — 3) — 8.

Javal : O.D. = 90° + 3 O.G. = 90° + 4.

F.O.D. : Papille pâle. Staphylome myopique bordé de pigment. Lésions chorio-rétiniennes chargées de pigment sur toute l'aire rétinienne. Zones blanchâtres d'atrophie choroïdienne dans le secteur inféro-nasal sur lesquelles se détachent de gros vaisseaux choroïdiens. Calibre des vaisseaux rétiniens normal. Aspect flou du F.O. dû à une modification vitréenne.

F.O.G. : même aspect. Atrophie choroïdienne encore plus marquée.

T.A.R. : O.D. = 45 O.G. = 40.

T.O. : O.D. = 20 O.G. = 18 Bailliart.

Champ visuel (index blanc. Grand. 3. Int. 3).

O.D. : Mér. T...49° N...41° sup...40° inf...53°.

O.G. : Mér. T...50° N...41° sup... 38° inf...46°.

Traitement : 10 implant. en 10 semaines.

L'acuité commence à augmenter 7 jours après la 1^{re} implant. et reste stationnaire dès la 4^e implantation.

7 jours après la fin du traitement :

V.O.D. = 4/10 avec (0° — 3) — 7.

V.O.G. = 4/10 avec (0° — 3) — 9.

C.V. (O.D.) : Mér. T...73° N...51° sup...43° inf...56°.

C.V. (O.G.) : Mér. T...55° N...52° sup...43° inf...58°.

F. O. D. G. apparaissent plus nets. Aucune modification par ailleurs.

T.A.R. = 35 (O.D.G.).

T.O. : sans changement.

Subjectivement : amélioration très importante.

6 mois et demi après la fin du traitement : L'amélioration précédemment constatée demeure.

Observation X — Marise MOU..., 6 ans et demi

Rien à signaler dans les antécédents.

V.O.D. = 3/10 avec (25° — 2) — 8.

V.O.G. = 3/10 avec (165° — 2) — 7.

Javal: O.D. = $115^{\circ} + 3$ O.G. = $75^{\circ} + 2$.

F.O.D.: Papille un peu décolorée. Staphylome myopique non bordé de pigment. Vaisseaux choroidiens nettement apparents, s'entre-croisant avec les vaisseaux rétiniens qui sont un peu rétrécis. Lésions de chorio-rétinite pauvres en pigment.

F.O.G.: Papille de teinte normale. Vaisseaux rétiniens de calibre normal. Atrophie choroïdienne moins avancée.

Traitement: 10 implant. en 10 semaines.

Examens difficiles en raison du jeune âge de la malade qui ne sait pas encore lire. L'acuité semble croître après 2 implant. sur chaque œil.

7 jours après la fin du traitement:

V.O.D. = 4/10 avec (25° — 2) — 8.

V.O.G. = 5/10 avec (165° — 2) — 7.

Skiascopie et fond d'œil: sans changement.

Il est difficile de savoir s'il y a amélioration subjective.

3 mois et demi après la fin du traitement: l'acuité ne paraît pas avoir varié.

Observation XI — Adrien VID..., 30 ans

Correction optique depuis 8 ans, changée 3 fois. Il y a 3 mois, kératite O.G. Pas de myopes dans la famille.

V.O.D. = 7/10 avec (20° — 1) — 9.

V.O.G. = 7/10 avec (165° — 1,50) — 8.

Javal: O.D. = $100^{\circ} + 1,25$ O.G. = $75^{\circ} + 2$.

Milieux: (O.G.): reliquats de kératite superficielle.

F.O.D.: Papille pâle. Artères un peu rétrécies. Staphylome myopique vrai d'une profondeur de 2 d. encore recouvert par une mince couche de choroïde. Réseau vasculaire choroïdien bien visible. L'atrophie choroïdienne domine dans les quadrants supérieur et inférieur, laissant deviner par places la sclérotique sans toutefois la laisser à nu.

F.O.G. : Atrophie choroidienne moins prononcée.
T.A.R. : O.D. = 48 O.G. = 45.
T.O. : O.D. = 17 O.G. = 19 Bailliart.
Champ visuel (index blanc. Grand. 2. Int. 2).
O.D. : Mér. T...69° N...36° sup...44° inf... 43°.
O.G. : Amputation du quadrant inféro-temporal disparaissant à l'intensité 3.
Mér. T... 65° N...32° sup...39° inf...49°.

Traitement : 10 implant. en 10 semaines.

L'acuité commence à augmenter après la 2^e implant O.D.G. et reste stationnaire dès la 4^e implant O.D.G.

7 jours après la fin du traitement :

V.O.D. = 8/10 avec (20° — 1) — 9.
V.O.G. = 9/10 avec (165° — 1,50) — 8.
C.V. (O.D.) : Mér. T...69° N...45° sup...45° inf...52°.
C.V. (O.G.) : disparition totale de l'amputation.
Mér. T...66° N...35° sup...40° inf...49°.
Fond d'œil, T.A.R. et T.O. : sans changement.
Les opacités cornéennes O.G. ne se sont pas modifiées.
Subjectivement : amélioration importante.

Observation XII .. Monique LHU..., 14 ans

Stigmates d'hérédo-spécificité avec effondrement des os propres du nez. A la constitution d'une enfant de 8 à 10 ans. Correction optique depuis l'âge de 4 ans. Se plaint d'hérémalopie. Pas de myopes dans la famille.

O.D. œil atrophique, mou, douloureux. Séclusion pupillaire totale avec cataracte (perforation du globe datant de 4 ans). V = O.

O.G. V.O.G. = 2/10 avec (165° — 1,50) — 14.

Javal : O.G. = 75° ± 2.

Fond d'œil : Papille normale. Staphylome myopique. Légère diminution du calibre des vaisseaux rétinien. Vaisseaux choroidiens très apparents séparés par des espaces pigmentés. Macula normale.

T.A.R. = 30.

T.O. = 18 Bailliart.

Champ visuel (index blanc. Grand. 5. Int. 4).

Mér. T...63° N...46° sup...52° inf...52°.

Au photoptomètre de Haas :

Voit la plage lumineuse à 1 div. 1/4.

Voit la brisure de l'anneau à 3 div 1/4.

BW : négatif. — Calcémie = 0,087 g. $^{\circ}/^{100}$.

Traitement : 5 implant. sur O.G. en 10 semaines.

7 jours après la 1^{re} implant., l'acuité passe à 4/10 faible.

7 jours après la fin du traitement :

V.O.G. = 4/10 avec (165° — 1,50) — 14.

C.V. (O.G.) : Mér. T... 73° N... 53° sup... 52° inf... 53° .

Au photoptomètre de Haas :

Voit la plage lumineuse à 1 div. 1/4.

Voit la brisure de l'anneau à 2 div. 1/2.

Fond d'œil T.A.R. et T.O. sans changement.

Subjectivement : amélioration importante.

L'O.D. n'a été nullement influencé par ce traitement.

Observation XIII — Serge LE F..., 13 ans et demi

Garçon chétif. Correction optique depuis le jeune âge. Rien à signaler dans les antécédents.

V.O.D. = 2/10 avec (15° — 0,75) — 12.

V.O.G. = 2/10 avec (165° — 1) — 12.

Javal : O.D. = $90^{\circ} + 2,50$ O.G. = $75^{\circ} + 1,50$.

F. O. D. G. : Papille normale. Staphylome myopique vrai. Lésions chorio-rétiniennes pauvres en pigment. Sclérotique à nu en plusieurs endroits. Vaisseaux un peu rétrécis.

T.A.R. = 25 (O.D.G.).

T.O. = 30 (O.D.G.) Bailliant.

Traitement : 10 implant. en 10 semaines.

7 jours après la fin du traitement :

V.O.D. = 3/10 avec (15° — 0,75) — 12,25.

V.O.G. = 3/10 avec (165° — 1,50) — 12.

T.O. = 25 (O.D.G.) Bailliant.

Fond d'œil et T.A.R. sans changement.

Subjectivement : légère amélioration.

Observation XIV — Denise BOU..., 18 ans

Constitution physique inférieure à son âge. Rien à signaler dans les antécédents.

Strabisme divergent O.G. avec nystagmus spontané.

V.O.D. = 3/10 faible avec — 6.

V.O.G. = compte les doigts à 20 cm.

Javal : O.D.G. = $90^{\circ} \pm 1,50$.

Cataracte pôlaire postérieure O.G.

F.O.D.G. : Papille normale. Staphylome myopique. Aspect tigré de toute la rétine. Calibre normal des vaisseaux.

T.A.R. : O.D. = 30.

T.O. : O.D. = 17 Bailliart.

Champ visuel (index blanc. Grand. 2 Int. 4).

O.D. Mér. T... 53° N... 32° sup... 42° inf... 43° .

Traitement : 10 implant. en 10 semaines.

7 jours après la fin du traitement :

V.O.D. = 4/10 avec (10° — 0,75) — 7.

V.O.G. sans changement.

C.V. (O.D.) : Mér. T... 63° N... 38° sup... 46° inf... 43° .

Fond d'œil T.A.R., T.O. et cataracte : sans changement.

Subjectivement : amélioration légère.

Observation XV — Marcel DAN..., 56 ans

Correction optique depuis l'âge de 11 ans. Scotome blanc central O.D. depuis l'âge de 21 ans. Métamorphopsie O.G. depuis quelques années. Père et mère très myopes.

V.O.D. = 1/10 avec — 18 (en vision paramaculaire).

V.O.G. = 4/10 avec — 15.

Javal : O.D.G. = $0^{\circ} \pm 0,50$.

Milieux (O.D.) : Vitré fluide. Nombreux corps flottants.

F.O.D. Artères rétrécies. Papille blanchâtre entourée par un large staphylome myopique se confondant avec une vaste zone atrophique occupant les régions intermaculo-papillaire et maculaire. Choroïde visible dans tous les secteurs.

F. O. G. Artères moins rétrécies. Papille moins décolorée. Staphylome myopique. Macula mal limitée entourée d'îlots de choroidose blanchâtres.

T.A.R. : O.G. = 40.

T.O. = 20 (O.D.G.) Bailliart.

Champ visuel : (index blanc. Grand. 3. Int. 3) :

O.D. : Scotome central absolu de 2°, 5.

Mér. T...57° N...47° sup...37° inf...53°.

O.G. : Mér. T...70° N...49° sup...39° inf...53°.

Traitement : 10 implant. en 5 semaines.

7 jours après la fin du traitement :

V.O.D. reste à 1/10 avec — 18.

V.O.G. = 5/10 faible avec — 14.

C.V. (O.D.) : le scotome ne peut plus être décelé.

Mér. T...67° N...53° sup...43° inf...63°.

C.V. (O.G.) : Mér. T...70° N...49° sup...43° inf...53°.

Vitré O.D., Fond d'œil, T.A.R. et T.O. : sans changement.

Subjectivement : Le scotome blanc O.D. persiste, mais sa densité a diminué : il laisse maintenant transparaître les objets. La métarmorphopsie O.G. a totalement disparu dans le champ maculaire.

1 mois et demi après la fin du traitement :

V.O.G. est à 5/10 net avec — 14.

Subjectivement : amélioration encore plus nette.

Observation XVI — Hélène SUA..., 42 ans

Correction optique depuis l'âge de 19 ans, fréquemment modifiée depuis lors. Un frère très myope.

V.O.D. = 1/10 faible avec — 24.

V.O.G. = 1/20 avec — 24.

Javal : O.D. = $130^{\circ} \pm 1,50$ O.G. = $30^{\circ} \pm 1$.

Milieux (O.D.G.) : Vitré fluide. Cataracte polaire postérieure.

F.O.D.G. : Vaisseaux rétrécis. Papille pâle. Staphylome myopique dépassant 1 D.P. de largeur. Atrophie choroïdienne très avancée : quelques gros vaisseaux choroïdiens seuls sont visibles, la sclérotique apparaît à nu en plusieurs endroits. Macula mal limitée ayant perdu son reflet fovéolaire.

T.O. = 20 (O.D.G.) Bailliart.

Champ visuel (index blanc. Grand. 5. Int. 2) :

O.D. : Mér. T...71° N...40° sup...37° inf...41°.

O.G. : Amputation du quadrant inféro-nasal.

Mér. T...60° N...42° sup...40° inf...58°.

Traitement: 10 implant en 5 semaines.

7 jours après la fin du traitement:

V.O.D. = 1/10 net avec — 24.

V.O.G. = 3/50 avec — 26.

C.V. (O.D.): Mér. T...75° N...42° sup...43° inf...48°.

C.V. (O.G.): sans changement. L'amputation demeure.

Vitré, cataracte, fond d'œil et T.O.: sans changement.

Subjectivement: amélioration très faible.

3 mois après la fin du traitement:

V.O.G. = 1/10 avec — 26.

C.V. (O.G.): Mér. T...66° N...48° sup...48° inf...65°.

Cependant, l'amputation persiste.

En raison des faibles résultats obtenus, le traitement est alors repris à raison de 3 implantations sur chaque œil en 3 semaines. A l'issue de ce dernier traitement, on ne note aucune modification des résultats précédents.

Observation XVII — Michel CLO..., 18 ans

Depuis l'enfance, correction optique modifiée tous les deux ans.
Pas de myopes dans la famille.

V.O.D. = 2/10 avec (170° — 2,25) — 13.

V.O.G. = 2/10 avec 0° — 1,75) — 13.

Javal: O.D. = 90° ± 2 O.G. = 85° ± 2,50.

F.O.D.G. Papille pâle. Staphylome myopique mal limité. Pas de rétrécissement du calibre des vaisseaux. Les gros vaisseaux choroïdiens sont nettement visibles. La macula est mal limitée mais a conservé son reflet fovéolaire.

T.A.R. = 35 (O.D.G.).

f.O.: O.D. = 16 O.G. = 18 Bailliart.

Champ visuel (index blanc. Grand. 3. Int. 3):

O.D.: Mér. T...78° N...43° sup...40° inf...42°.

O.G.: Mér. T...77° N...51° sup...42° inf...50°.

Traitement: 10 implant. en 10 semaines.

7 jours après la fin du traitement:

C.V. (O.D.): Mér. T...80° N...47° sup...42° inf...51°.

C.V. (O.G.): sans changement.

V.O.D.G., Fond d'œil, T.A.R. et T.O. : sans changement.

Subjectivement : aucune amélioration.

3 mois après la fin du traitement :

Aucune modification des résultats précédents.

III. — Chorio-rétinites infectieuses

Observation XVIII — Georges MOR..., 43 ans

Depuis 3 ans, baisse d'acuité devenue très gênante surtout à la tombée de la nuit.

Rien à signaler dans les antécédents.

V.O.D. = 1/10 sans corr. et 2/10 avec (0° — 4°).

V.O.G. = 3/10 sans corr. et 6/10 avec (0° — $2,50^{\circ}$).

Javal : O.D. = $90^{\circ} + 5$ O.G. = $90^{\circ} + 3$.

F.O.D.G. : Papille et vaisseaux rétinien d'aspect normal. Réseau vasculaire choroïdien très apparent. Nombreux amas pigmentaires de formes variées disséminés dans tout le F.O. et très abondants dans la région périmaculaire où ils voisinent avec des plages blanchâtres d'atrophie choroïdienne totale. Macula mal repérable ayant perdu son reflet fovéolaire. Les lésions sont plus prononcées à droite.

T.A.R. = 45 (O.D.G.).

T.O. = 20 (O.D.G.) Bailliant.

Champ visuel : (index blanc. Grand. 3. Int. 3).

O.D. : cf. fig. 9.

O.G. : Mér. T... 67° N... 55° sup... 46° inf... 52° .

Au photoptomètre de Haas :

Voit la plage lumineuse à 1 div.

Voit la brisure de l'anneau à 7 div. 1/2.

BW : négat. Calcémie : 0,094 g.^o/₁₀₀. Vernes-résorcine : Do = 2

Traitement : 10 implant. en 10 semaines.

7 jours après la 1^{re} implant. O.D. (1 implant. O.G.) :

V.O.D. = 2/10 sans corr. et 4/10 avec (0° — 3°).

V.O.G. = 5/10 sans corr. et 6/10 avec (0° — 2°).

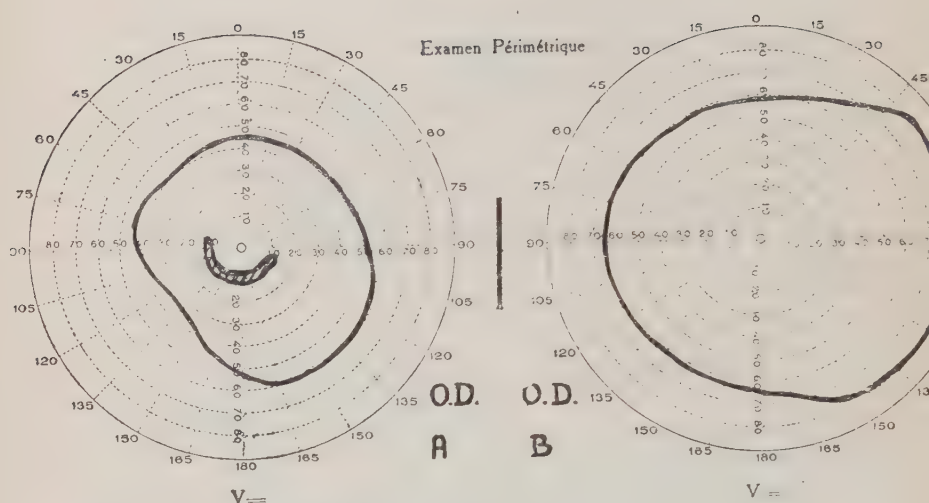


Fig. 9 - Georges MOR..., O.D. - A. Avant le traitement.
B. Après 5 implant, O.G.

7 jours après la fin du traitement :

V.O.D. = 4/10 sans corr. et 5/10 avec (0° —3).

V.O.G. = 5/10 sans corr. et 6/10 avec (0° —2).

C.V. (O.D.) : cf. fig. 9.

C.V. (O.G.) : Mér. T... 78° N... 67° sup... 54° inf... 60° .

Au photoptomètre de Haas :

Voit la plage lumineuse à 3/4 de div.

Voit la brisure de l'anneau à 5 div.

Javal. skiascopie, fond d'œil, T.A.R. et T.O. : sans changement.

Subjectivement : amélioration très importante.

5 mois après la fin du traitement :

V.O.D. = 5/10 sans corr. et 6/10 avec (0° —3) — 0,75.

V.O.G. = 6/10 sans corr. non amélior.

C.V. (O.D.G.) : ont encore gagné quelques degrés.

Aucune modification par ailleurs.

Observation XIX — René SEL..., 27 ans

Il y a 10 ans, méningo-encéphalite avec hémiplegie droite. A partir de ce moment, baisse d'acuité O.D.

O.G. : V = 10/10. Fond d'œil normal. — C.V. normal.

V.O.D. = 3/10 sans correction, non améliorable.

Javal : O.D. = $105^{\circ} + 2,5$.

F.O.D. : Papille blanchâtre. Artères un peu rétrécies. Nombreux amas pigmentaires dans la région équatoriale externe rappelant les ostéoblastes de la rétinite pigmentaire. La macula a perdu son reflet fovéolaire.

T.A.R. = 35 (O.D.G.).

T.O. = 20 (O.D.G.) Bailliart.

Champ visuel (index blanc. Grand. 3. Int. 3) :

O.D. : Mér. T... 85° N... 10° sup... 5° inf... 62° .

Au photoptomètre de Haas : mesures normales.

BW : négat. Calcémie = 0,098 g.‰. Vernes-résorcine : Do = 28

Traitement : 5 implant. O.D. à 15 jours d'intervalle.

7 jours après la 1^{re} implant. : V.O.D. = 4/10.

7 jours après la fin du traitement :

V.O.D. = 3/10 sans corr. et 6/10 avec ($0^{\circ} - 0,75$) + 0,50.

C.V. (O.D.), T.A.R. et T.O. : sans changement.

Observation XX — Francis BAL..., 28 ans

Découverte d'examen systématique. Aucun antécédent.

O.D. : V = 10/10 avec — 2,75 F.O. et C.V. : normaux.

V.O.G. = 10/10 avec — 2,50.

F.O.G. : Zone triangulaire blanche et pigmentée à bords nets, juxtaposée à la papille et s'étendant en suivant le trajet de l'artère temporale sup. — F.O. normal par ailleurs.

T.A.R. = 50 (O.D.G.).

T.O. = 18 (O.D.G.) Bailliart.

C.V. (O.G.) : Encoche inférieure triangulaire, à base périphérique arrivant à 12° du point de fixation et correspondant à la zone de chorio-rétinite.

Mér. T... 63° N... 42° sup... 30° inf... 12° .

Traitement : 5 implant. O.G. à 15 jours d'intervalle.

7 jours après la fin du traitement :

C.V. (O.G.) : Aucune régression de l'encoche périphérique.

Mér. T... 70° N... 47° sup... 39° inf... 12° .

T.A.R. : O.D. = 55 O.G. = 60.

Aucune modification par ailleurs.

IV. — Atrophies Optiques

Observation XXI — Ernest REM..., 28 ans

Opéré 7 mois auparavant d'une tumeur cérébrale sur laquelle nous manquons de précisions. Actuellement : légère aphasie, séquelles d'hémi-parésie droite.

V.O.D. = P.L. dans le champ temporal seulement.

V.O.G. = 1/50 sans correction, non améliorable.

F.O.D.G. : Papille de teinte blanche uniforme, à contour flou. Vaisseaux rétinien filiformes.

T.A.R. = 35 (O.D.G.).

T.O. = 20 (O.D.G.) Bailliant.

Champ visuel : (O.G.) (Grand. 5. Int. 4) :

1) Ind. blanc : T...33° N...20° sup...23° inf...22°.

2) Ind. bleu et vert : MÉR. T...25° N...16° sup...18° inf...20°.

3) Ind. rouge : scotome central de 5° avec amputation nasale. MÉR. T...13° N...0° sup...11° inf...10°.

Traitement : 10 implant. en 10 semaines.

7 jours après la 2^e implant. V.O.G. = 2/10.

7 jours après la fin du traitement :

V.O.D. : aucune modification.

V.O.G. : 1/10 sans correction, non améliorable.

F.O.G. : la papille s'est légèrement teintée. Les vaisseaux rétinien paraissent moins rétrécis.

T.A.R. : O.D. = 40 O.G. = 45.

F.O.D. et T.O. sans changement.

C.V. (O.G.) Ind. blanc : MÉR. T...53° N...25° sup... 32° inf...30°.

Ind. vert : MÉR. T...39° N...22° sup...30° inf... 23°.

Ind. bleu : MÉR. T...33° N...16° sup...23° inf...20°.

Ind. rouge : disparition de l'amputation et du scotome. MÉR. T...25° N...7° sup...11° inf...10°.

Subjectivement : amélioration importante. Le malade peut maintenant se diriger facilement.

Observation XXII — THI..., 31 ans

Opéré il y a 3 mois d'une arachnoïdite opto-chiasmatique.

V.O.D. : compte les doigts à 25 cm.

V.O.G. : compte les doigts à 1 mètre.

F.O.D.G. : Papille totalement décolorée, à bords très nets.

Calibre des vaisseaux très diminué, surtout à droite.

T.A.R. : O.D. = 30 O.G. = 35.

T.O. : O.D. = 19 O.G. = 17 Bailliart.

Champ visuel (index blanc. Grand, 5. Int. 4).

O.D. : Scotome central de 5° relié à la périphérie par un canalicule nasal. Mér. T...20° N...15° sup...35° inf...22°.

O.G. : Scotome central de 10° relié à la périphérie par une large communication nasale. Mér. T...62° N...0° sup...40° inf...52°.

Traitement : 15 implant. en 5 semaines.

1 mois après la fin du traitement :

V.O.D.G. : compte les doigts à 1 mètre.

C.V. (O.D.) : légère régression du scotome central.

Mér. T...80° N...35° sup...53° inf...50°.

C.V. (O.G.) : le scotome central n'est plus que de 5°.

Mér. T...80° N...0° sup...42° inf...65°.

T.A.R. : O.D. = 35 O.G. = 40.

Fond d'œil et T.O. : sans changement.

Subjectivement : Le malade se conduit plus facilement.

3 mois après la fin du traitement :

Les résultats précédents se maintiennent sans changement.

Le traitement est alors repris à raison de 3 implant. sur chaque œil en 3 semaines. A l'issue de ce dernier traitement, on ne note aucune modification des résultats (sauf, T.A.R. = 28 O.D.G.).

V. — Décollements de rétine

Observation XXIII — Lionel TRU..., 23 ans

Décollement O.G. apparu il y a 3 mois et demi après extraction d'un C.E. intra-oculaire. Opéré il y a 3 mois sans résultat.

O.D. : V = 10/10 sans corr. F.O. et C.V. normaux.

V.O.G. : P.L. dans une petite partie du champ temporal.

F.O.G. : Rétine de teinte blanchâtre rétractée en fourreau de

parapluie sur le vitré. Du côté nasal, un petit secteur de rétine semble avoir échappé au décollement.

C.V. (O.G.): Ilot temporal de 8° à 62° sur le mér. Temp.
T.O.: O.D. = 18 O.G. = 15 Bailliart.

Traitement: 5 implant. O.G. en 5 semaines.

7 jours après la fin du traitement: V.O.G. = P.L.

C.V. (O.G.): Mér. T... 90° N... 38° sup... 17° inf... 35° .
T.O. = 18 (O.D.G.) Bailliart.

Le Fond d'œil ne subit pas la moindre modification.

7 mois après la fin du traitement:

C.V. (O.G.): Mér. T... 68° N... 18° sup... 0° inf... 35° .
Aucune modification par ailleurs.

Remarque: les C.V. ont été très difficiles à mesurer, le malade ne pouvant fixer le point central. Ils sont donc par là même suspects.

Observation XXIV .. Henry DUG..., 36 ans

Décollement O.G. datant de 6 ans et que le sujet rapporte à un photo-traumatisme. N'a jamais été traité.

O.D. = 10/10 sans corr. F.O. et C.V. normaux.
V.O.G. = inférieure à 1/50.

F.O.G.: Décollement intéressant la moitié inférieure de la rétine, limité par des tractus horizontaux de rétinite proliférante partant de la papille.

T.O. = 20 O.D.G. Bailliart.
C.V. (O.G.): amputation totale de l'hémi-champ supérieur.
BW: négatif.

Traitement: 5 implant. en 5 semaines.

7 jours après la fin du traitement:

V.O.G. = 1/25 faible.
Aucune modification par ailleurs.

VI. — Capillarose

Observation XXV — Henriette GRE..., 58 ans

Depuis 6 mois, céphalée et baisse d'acuité O.D.

T.A. = 18/10. Taux d'urée dans le sang : 0,26 g. °/°.

V.O.D. = 2/10 faible avec $(90^\circ + 3) + 2,50$.

V.O.G. = 10/10 avec $(90^\circ + 1)$.

Javal : O.D. = $105^\circ + 4,5$ O.G. = $90^\circ + 1,5$.

F.O.D. : présence de trois taches de capillarose contiguës en pleine région musculaire. Absence du reflet fovéolaire.

F.O.G. : petites taches de capillarose périmaculaires.

T.A.R. = 40 (O.D.G.).

T.O. = 22 (O.D.G.) Bailliart.

Champ visuel : (ind. blanc. Grand. 3. Int. 2) :

O.D. : MÉR. T... 65° N... 48° sup... 42° inf... 52° .

O.G. : MÉR. T... 63° N... 43° sup... 44° inf... 55° .

Traitement : 10 implant en 10 semaines.

7 jours après la fin du traitement :

V.O.D. = 2/10 net avec $(90^\circ + 3) + 2,50$.

C.V. (O.D.) : MÉR. T... 78° N... 51° sup... 44° inf... 55° .

C.V. (O.G.) : MÉR. T... 73° N... 47° sup... 49° inf... 55° .

Fond d'œil, T.A.R. et T.O. : sans changement.

Pas d'amélioration subjective appréciable.

CHAPITRE III

COMMENTAIRES RELATIFS AUX OBSERVATIONS

Les résultats qui ont été obtenus par implantations sous-conjonctivales de placenta frais présentent une importance particulière dans des affections telles que les dégénérescences tapéto-rétiniennes dont l'évolution inexorable est susceptible de rémissions parfois longues, mais jamais de régression. Sur 7 dégénérescences tapéto-rétiniennes comportant 5 rétinites pigmentaires typiques, il a été enregistré 3 améliorations importantes, 2 améliorations appréciables et 2 améliorations douteuses. Les résultats ont d'abord porté sur le champ visuel qui s'est agrandi 6 fois sur 7 et ensuite sur l'acuité visuelle en haute lumière qui s'est améliorée 4 fois sur 6. Les champs visuels qui ont été particulièrement influencés par le traitement étaient des champs concentriquement rétrécis comportant ou non un îlot temporal. Les gains ont été plusieurs fois de 20 à 30° du côté temporal et une fois de 45°. Par contre, les scotomes annulaires n'ont pas subi de régression notable. Enfin, dans un cas de scotome central, seul le champ périphérique s'est amélioré. L'acuité visuelle s'est modifiée seulement dans les cas où elle était égale ou supérieure à 2/10. Les gains d'acuité ont varié de 1 à 3/10. Dans tous les cas où elle était diminuée, la vision crépusculaire s'est améliorée subjectivement. Dans les 5 cas où nous avons pu la mesurer, nous avons compté 5 améliorations portant sur l'acuité aux basses lumières et 3 améliorations portant sur le seuil lumineux brut. Enfin, la T.A.R. s'est élevée dans 4 cas et la T.O. s'est abaissée dans 3 cas. Les 3 améliorations importantes qui ont été constatées ont porté sur le champ, l'acuité, l'adaptation et, dans un cas, sur l'aspect du fond de l'œil. Elles concernaient les malades les plus jeunes de la série. Deux d'entre eux présentaient des dégénérescences peu évoluées avec conservation d'une coloration papillaire sensiblement normale et intégrité de la vascularisation rétinienne. Ceci confirme l'opinion du professeur Renard qui pense que les résultats du traitement sont d'autant meilleurs que l'évolution est moins avancée. Cependant, le troisième était atteint d'une rétinite pigmentaire très évoluée avec cataracte choroidienne. Un traitement par injections de filtrat de placenta conservé ayant d'abord été institué, le champ visuel se rétrécit de façon si rapide que l'on eut l'impression d'une accélération de l'évolution due au filtrat. Un traitement par implantations placentaires ayant ensuite été entrepris, le champ visuel s'agrandit alors

rapidement, dépassant de beaucoup en fin de traitement l'étendue qu'il présentait lors de l'arrivée du malade. Ce dernier qui s'était aperçu de la diminution rapide de sa vision lors des injections de filtrat ne tarda pas, dès la 2^e implantation, à manifester sa joie de sentir sa vue s'améliorer. Tous les autres cas concernaient des dégénérescences très évoluées avec déficience circulatoire accentuée à l'exception d'une dégénérescence tapéto-rétinienne marquée seulement par des altérations du champ visuel et présentant un fond d'œil bien vascularisé: le champ visuel légèrement amélioré en fin de traitement revint rapidement à son état antérieur. Les résultats obtenus semblent s'accorder au sujet de l'acuité en haute lumière, de l'adaptation à l'obscurité et du champ visuel, exception faite des scotomes annulaires, avec ceux obtenus par le professeur Renard.

Sur 10 cas de chorio-rétinite myopique, l'acuité visuelle s'est élevée dans 9 cas, parmi lesquels on compte 5 améliorations importantes, 3 améliorations appréciables et 1 amélioration douteuse. Dans un cas seulement l'acuité n'a pas été modifiée par le traitement. Certaines formes d'entre ces myopies ont semblé mieux réagir au traitement que d'autres, ce furent celles où la réfraction était inférieure à 12 dioptries et où le fond d'œil présentait des vaisseaux peu ou pas rétrécis et une atrophie choroïdienne modérée. Les modifications vitréennes n'ont pas semblé être un obstacle à un bon résultat puisque dans 3 cas de dégénérescence vitréenne on note une amélioration importante de l'acuité avec nettoyage presque complet du vitré. L'âge ne nous a pas semblé être un facteur assombrissant le pronostic de l'amélioration pas plus que l'ancienneté des lésions puisque, dans un cas de scotome central datant de 35 ans, le traitement a eu pour effet de réduire de façon sensible la densité de ce scotome. Sur les 8 cas où il a été mesuré, le champ visuel s'est agrandi dans 6 cas d'au moins 5° du côté temporal. Dans les 3 cas où le champ visuel était amputé, la disparition totale de l'amputation a été notée dans 2 cas. Dans le cas où l'acuité visuelle est restée sans changement, il s'agissait d'un sujet jeune présentant une myopie de — 19 d. avec atrophie choroïdienne marquée et rétrécissement des vaisseaux. Dans les autres cas, l'acuité s'est élevée d'au moins 1/20, souvent de 1 à 2/10, parfois de 3/10 et même, dans un cas, de 4/10. Dans 2 cas où la vision crépusculaire était nettement diminuée, une amélioration subjective et objective de l'adaptation fut notée portant sur le seuil lumineux brut et surtout sur l'acuité aux basses lumières. Enfin, le fond d'œil s'est nettement amélioré dans 1 cas où une lésion de choroïdose évolutive disparut presque entièrement à la fin du traitement, ce résultat concordant avec un gain d'acuité de 4/10 et un agrandisse-

ment très important du champ visuel. La T.A.R. s'est abaissée dans 2 cas et la T.O. dans 1 cas. Jamais nous n'avons constaté d'aggravation quelconque de la myopie contrairement à ce qu'avait remarqué en Italie Conti en employant la technique de Filatov. Enfin, bien que l'école russe ait noté une diminution fréquente du nombre des dioptries, nous fûmes plus souvent obligés d'augmenter la correction que de la diminuer pour obtenir une amélioration de l'acuité. Ces résultats semblent se rapprocher de ceux obtenus par de Saint-Martin avec implantations de placenta frais et aussi par Fromaget et Giffo qui ont employé uniquement les injections de filtrat de placenta conservé mais qui, toutefois, n'ont pas noté d'augmentation d'acuité dépassant 2/10.

Parmi les 3 chorio-rétinites infectieuses traitées, il faut faire une mention particulière à un placard de chorio-rétinite pigmentée avec sclérotique « à nu » se traduisant seulement par un scotome périphérique chez un myope de — 3 d. sans autre lésion du fond d'œil et sans baisse d'acuité visuelle. Ce scotome, superposable à la lésion des membranes, ne gênait aucunement le sujet et les implantations ont été pratiquées dans le seul but de savoir si le traitement pouvait avoir une action stimulante sur des éléments morts de la chorio-rétine. Nous ne fûmes pas surpris de ne constater aucune régression du scotome. Cependant, le champ visuel s'agrandit concentriquement, gagnant 5° dans le champ temporal. Les 2 autres cas concernaient l'un une chorio-rétinite disséminée bilatérale d'allure spécifique due probablement à une infection datant de la vie intra-utérine et l'autre une chorio-rétinite unilatérale paraissant consécutive à une méningo-encéphalite. Dans la première, le champ visuel subit un agrandissement important avec disparition totale d'un scotome arciforme et l'adaptation présenta une amélioration sensible portant surtout sur l'acuité aux basses lumières. Quant à l'acuité visuelle, elle augmenta de façon importante mais, fait curieux, la correction d'un astigmatisme hypermétropique bilatéral de 5 et 3 d. au Javal ayant modifié de façon sensible l'acuité avant le traitement devint à la fin du traitement d'intérêt tout à fait secondaire, alors que les chiffres donnés par le Javal et la skiascopie demeuraient sans changement. Dans la deuxième, une augmentation appréciable de l'acuité fut enregistrée. Par contre, le champ visuel ne subit aucune modification.

En ce qui concerne les 2 atrophies optiques implantées, l'une était consécutive à une névrite rétrobulbaire, l'autre était postérieure à une stase. Dans les deux cas, une augmentation importante du champ visuel périphérique a été obtenue à l'index blanc avec, dans l'un des cas, la régression d'un double scotome central et,

dans l'autre cas, un agrandissement important du C.V. au rouge et au vert. En ce qui concerne l'acuité visuelle, bien que les auteurs russes aient remarqué que les résultats étaient très rares lorsque l'acuité était inférieure à 1/10, l'amélioration la plus importante fut celle d'une acuité passant de 1/50 à 1/10 net. Dans les 2 cas, il a été noté une élévation de la T.A.R. et, dans 1 cas, une amélioration du fond d'œil portant sur la vascularisation rétinienne et la coloration papillaire, amélioration concordant avec des modifications sensibles du champ visuel et de l'acuité visuelle.

Le traitement par implants placentaires a été essayé dans 2 cas de décollement de rétine. L'un, vieux de 6 ans, intéressait la moitié inférieure de la rétine. Le champ visuel et le fond d'œil ne subirent aucune modification. L'acuité passant de 1/50 à 1/25 faible ne dépassa pas la marge d'erreur. L'autre, déjà opéré sans résultat, avec rétine rétractée en fourreau de parapluie, présentait encore une petite zone de rétine saine non décollée ayant seule conservé la perception lumineuse. Au cours du traitement, le champ visuel sembla s'agrandir cependant que le fond d'œil restait absolument sans changement. Cette augmentation du champ ne peut donc être prise en considération. La T.O. de cet œil qui était légèrement hypotone augmenta de quelques millimètres. En somme, il ne semble pas que l'on doive espérer obtenir dans les décollements anciens ou inopérables un résultat appréciable.

Enfin, les implantations ont été appliquées à un cas de capillaire maculaire. L'acuité visuelle ne subit qu'une très légère amélioration. Mais le champ visuel s'élargit de plusieurs degrés du côté temporal.

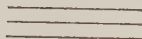
En résumé, il semble que l'action stimulante des implants placentaires sur les éléments rétiniens se soit manifestée surtout par un agrandissement du champs visuel. L'amélioration de l'adaptation s'est révélée chaque fois qu'elle a été mesurée, portant dans tous les cas sur l'acuité aux basses lumières et, plus rarement, sur le seul lumineux brut. Les modifications de l'acuité visuelle en haute lumière, bien qu'ayant été moins fréquentes que celles du champ visuel, ont été souvent importantes. Le fond d'œil s'est montré amélioré légèrement dans un cas de dégénérescence tapéto-rétinienne et un cas d'atrophie optique et nettement dans un cas de chorio-rétinite myopique. La T.A.R., dans les cas où elle s'est modifiée, s'est le plus souvent élevée. La T.O. s'est abaissée dans plusieurs cas où parfois son chiffre dépassait la normale; ces résultats ne concordent pas avec ceux de Jébédian qui reconnaît une action hypertonisante au traitement tissulaire appliqué suivant les données de Filatov. Les opacités cristalliniennes n'ont semblé subir

aucune régression dans les quelques cas où l'occasion s'est présentée de les observer. Cependant, une cataracte choroïdienne semble s'être améliorée dans un cas de rétinite pigmentaire, son amélioration ayant d'ailleurs concordé avec une augmentation de l'acuité.

Les améliorations accusées par les malades ont semblé, dans la plupart des cas, superposables aux résultats qui ont été constatés. Cependant, les améliorations subjectives concernant la vision crépusculaire ont parfois été supérieures à ce que l'on eût été en droit d'attendre de leur mesure au photopiomètre de Haas. Les améliorations tant subjectives qu'objectives ont, dans beaucoup de cas, commencé à apparaître de 7 à 15 jours après la première implantation et se sont régulièrement accrues durant 1 mois, 2 mois et parfois plus. Quelques améliorations ont regressé au bout de 3 à 6 mois mais la plupart se sont maintenues sans changement. Ces résultats concordent avec ceux du professeur Renard qui ne procède qu'à une seule implantation sur chaque œil. Il est donc possible que la répétition des implantations ne joue pas un rôle aussi important que nous l'avions tout d'abord pensé. D'ailleurs, dans 2 cas où les résultats obtenus au bout de 5 implantations sur chaque œil n'avaient pas été très importants, une série de 3 implantations fut reprise au bout de 3 mois: aucune amélioration ne fut observée à l'issue de ce deuxième traitement.

Les résultats que nous avons obtenus au Val de-Grâce dans le service du professeur Pesme montrent que les implantations sous-conjonctivales de placenta frais sont capables d'amener une amélioration non négligeable dans les affections dégénératives du segment postérieur de l'œil. Cependant, il faut se garder d'accorder trop vite une réalité aux principes actifs qui peuvent se trouver dans le placenta. Peut-être, comme en émet l'hypothèse G.P. Sourdille, faut-il voir, dans les améliorations apportées par les implantations tissulaires sous-conjonctivales, le résultat de l'action mécanique et congestive qu'exerce l'implant sur le milieu oculaire. Cependant, les résultats obtenus par implantations sous conjonctivales de tissu conservé sont, à l'exception des résultats russes inférieurs à ceux obtenus par implantations de placenta frais bien que les effets dus au traumatisme opératoire et à la présence du corps étranger soient exactement les mêmes. D'autre part les améliorations obtenues par implantations de placenta frais se montrent régulières et croissantes pendant plusieurs semaines. Ces deux constatations sans exclure la possibilité d'une action partielle due au traumatisme, sont en faveur de l'existence dans le placenta frais de produits actifs *in vivo*. Quels sont ces produits? Peut-être des hormones, peut-être des vitamines, peut-être enfin des substances chimiques encore

inconnues. Souhaitons que l'avenir nous l'apprenne prochainement car, ces produits étant extraits et purifiés, notre arsenal thérapeutique se trouvera alors renforcé d'une arme devenue plus maniable et, peut-être, plus efficace encore.



CONCLUSIONS

1^{re}) La conservation des tissus dans un milieu défavorable à leur vie semble, pour Filatov, indispensable à l'élaboration de facteurs stimulants. Mais cette hypothèse ne repose sur aucune base expérimentale.

2^{re}) Plusieurs biologistes ont prouvé que les tissus animaux possédaient spontanément la propriété de stimuler les cultures cellulaires, cette action étant d'autant plus efficace que le développement du tissu est plus avancé.

3^{re}) Il semble raisonnable, pour obtenir une action stimulante sur les membranes oculaires, de procéder à des implantations de placenta frais.

4^{re}) Les résultats obtenus par cette technique ont été les suivants :

— sur 7 cas de Dégénérescence tapéto-rétinienne : 3 améliorations importantes, 2 améliorations appréciables et 2 améliorations douteuses. Agrandissement du champ visuel dans 6 cas. Amélioration de l'acuité en haute lumière dans 4 cas. Amélioration de l'adaptation dans 5 cas. Amélioration légère du fond d'œil dans 1 cas ;

— dans 10 cas de Chorio-rétinite myopique : l'acuité visuelle a subi 5 améliorations importantes, 3 améliorations appréciables et 1 amélioration douteuse. Dans 1 cas, l'acuité est restée sans changement. Le champ visuel s'est agrandi dans 8 cas et l'adaptation s'est améliorée dans 2 cas. Amélioration nette du fond de l'œil dans 1 cas ;

— sur 3 cas de Chorio-rétinite infectieuse : 1 amélioration importante, 1 amélioration appréciable et 1 échec. L'acuité visuelle augmente dans 2 cas. Le champ visuel et l'adaptation s'améliorent dans 1 cas ;

— sur 2 cas d'Atrophie optique bilatérale : 2 améliorations appréciables. Dans l'un, augmentation du champ visuel périphérique et régression du scotome central. Dans l'autre, amélioration du champ visuel périphérique, de l'acuité visuelle et du fond d'œil ;

— dans 2 cas de Décollement de rétine, pas de résultat notable ;

— dans 1 cas de Capillarose maculaire, amélioration très légère de l'acuité. Agrandissement du champ visuel périphérique.

5^{re}) Ces résultats semblent supérieurs à ceux obtenus, dans les pays autres que l'U.R.S.S., par implantations de placenta conservé.

6^{re}) Les affections dégénératives intéressant la chorio-rétine et le nerf optique paraissent justiciables d'un traitement par implantations sous-conjonctivales de placenta frais.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMUK (V.E.): Le traitement par transplantation de peau (Viestn. oft., 22-4-1943, p. 12. An. in Arch. d'opht. T. 8, n° 5, p. 567).
- B. ALGAN: Les inclusions placentaires dans l'herpès cornéen (Soc. d'opht. de l'Est de la Fr. Réun. du 13-3-49 à Strasbourg. Bull. des Soc. d'opht. de Fr. Mars 1949, n° 3, p. 499-501).
- ARTIEMIEV (H.): L'implantation sous-conjonctivale de cornée congelée dans le traitement des kératites (Viestn. oft., 18, 4-1941, p. 384-An. in Arch. d'opht., T. 7, n° 6, p. 648-649).
- BELZ: Guérison, après une greffe tissulaire, d'une névrite axiale, bilatérale, exotoxique, évoluant depuis 2 ans (Soc. d'opht. de Lyon, séance du 5-12-48. Bull. des Soc. d'opht. de Fr. Décembre 1948, n° 10 p. 808-810).
- BIETTI (G.B.) et NIZETIC (B.Jr.): Traitement tissulaire dans les acécions chorio-rétiniennes dégénératives (Atti Soc. Oft. It., 1947, p. 73. An. in Arch. d'opht. T. 9, n° 3, p. 390).
- BOUCHMITCH (D.G.): Expression des granulations trachomateuses et thérapie tissulaire du trachome (Oft. J. 1^{er} Juin 1946, p. 31-36. An. in Arch. d'opht., T. 7, 1947, n° 2, p. 198).
- CHENTZOV (A.G.): La thérapeutique tissulaire d'après les données de la clinique ophtalmologique du premier institut médical de Moscou (Viestn. Oft., 25-1-1946, p. 30-34. An. in Arch. d'opht. T. 8, n° 5, p. 566).
- M. COLLIER: Œdème primitif de la cornée. Guérison par tissuthérapie. (Soc. d'opht. du Nord. Réun. du 30-1-49. Bull. des Soc. d'opht. de Fr., Janvier 1949, n° 1, p. 194-195).
- G. CONTI: Le traitement tissulaire de Filatov dans la myopie forte. (Soc. Tosc. Umb. Emil, 12-10-48. An. in Ann. d'ocul. vol. 182, fasc. 7, p. 540).
- DEHORTER-DUEZ: Résultats de Thérapie tissulaire (Soc. d'opht. du Nord. Réun. du 30-1-49. Bull. des Soc. d'opht. de Fr., Janv. 1949, n° 1, p. 172-175).
- M.A. DOLLFUS, P. BARROIS et DU PLESSIS DE GRENEDAN: La thérapeutique tissulaire de Filatov appliquée à la rétinite pigmentaire et à la myopie forte (Ann. d'ocul., T. 180, n° 11, p. 681-687).
- ELAHYAN: Injection rétro-bulbaire de l'extrait aqueux de placenta dans la rétinite pigmentaire et la myopie forte (Soc. d'opht. de Paris. Séance du 18-12-48. Bull. des Soc. d'opht. de Fr., n° 10, Déc. 1948, p. 761-767).
- ERCHKOVITCH (I.G.): La thérapie tissulaire des chorio-rétinites traumatiques (Oft. J., 1^{er} Juin 1946, p. 26-31. An. in Arch. d'opht., T. 7, n° 3, p. 319).
- ERCHKOVITCH (I.G.): Traitement tissulaire selon la méthode de Filatov dans l'iridocyclite traumatique (Viestn. Oft., 25-1-1946, p. 13-20. An. in Arch. d'opht., T. 9, n° 3, p. 404).
- ERCHKOVITCH (I.G.): Thérapeutique tissulaire des séquelles des traumatismes oculaires de guerre (Opt. J., 1-3-1946, p. 7-17. An. in Arch. d'opht., T. 8, n° 3, p. 333-334).
- FILATOV (V.P.): Sur la transplantation optique de la cornée et sur la transplantation thérapeutique des tissus (Act. med. U.R.S.S., 1-2-1938, p. 412. An. in Arch. d'opht., T. 4, n° 3-4, p. 141).

- FILATOV (V.P.): Transplantation homoplastique curative de la conjonctive conservée au froid (Viestn. oft., 12-3-1938, p. 307-310).
- FILATOV (V.P.): Aperçu des travaux de la chaire d'ophtalmologie de l'école de médecine d'Odessa concernant la transplantation de la cornée (Vrac. Delo, I, p. 987. An. in Arch. d'opht., T. 4, n° 3-4, p. 131).
- FILATOV (V.P.): Tissue therapy in ophtalmology (Amer. Rev. of Sov. Med., 1944, v. 2, Oct., p. 53-66).
- FILATOV (V.P.) and VERBITSKA (V.A.): The treatment of retinitis pigmentosa with intramuscular injections (Amer. Rev. of Sov. Med., 1946, v. 3, June, p. 388-395).
- FILATOV (V.P.): Retinitis pigmentosa (Amer. Rev. of Sov. Med., 1946, v. 3, June, p. 395-397).
- FILATOV (V.P.): The implantation of preserved placenta in retinitis pigmentosa (Amer. Rev. of Sov. Med., 1946, v. 3, June, p. 397-398).
- FILATOV (V.P.): The implantation of preserved liver in retinitis pigmentosa (Amer. Rev. of Sov. Med., 1946, v. 3, June, p. 398-400).
- FILATOV (V.P.): Transplantation optique de la cornée et la thérapie tissulaire (Medgis Edit. Moscou 1945. An. in Arch. d'opht. T. 7, n° 6, p. 646-648).
- FILATOV (V.P.): Quelques problèmes de thérapeutique oculaire (Oft. J., 1-3-1946, p. 3-6. An. in Arch. d'opht. T. 8, n° 3, p. 345-347).
- FILATOV (V.P.), BIBER et SKORODINSKAIA: Une nouvelle source des stimulants biogènes (Oft. J., I, Juin 1946, p. 7-12). An. in Arch. d'opht. T. 7, n°2, p. 236).
- FILATOV (V.P.): Instructions sur l'emploi du matériel autoclavé (Oft. J., 1-3-1946, p. 43-47. An. in Arch. d'opht. T. 8, n° 3, p. 347-348).
- FILATOV (V.P.): Les méthodes de thérapeutique oculaire. Les stimulants biogéniques (Viestn. oft., 25-1-1946, p. 3-9. An. in Arch. d'opht. T. 8, n° 5, p. 566).
- FILATOV (V.P.): Cinquante années d'ophtalmologie (Le Méd. Franç., 10-4-47, p. 97-100).
- E. FOUCQUIER: Le traitement tissulaire de Filatov (synthèse de séméiol. et therap. T. III, n° 10, p. 546-548).
- J. FRESON: Thérapeutique tissulaire dans la rétinite pigmentaire (Soc. belge d'opht. Séance du 20-6-48. An. in Ann. d'Ocul., v. 181, p. 739).
- FROMAGET et E. GIFFO: Traitement des myopies graves par injections d'extrait de placenta conservé (II^e réün. ann. des Soc. d'opht. de Fr. Bordeaux, 2 et 3 avril 1949. Ann. in Arch. d'Opht., T. 9, n° 4, p. 467).
- J. GATE et J. ROUSSET: Les traitements actuels de la lèpre (le J. de Méd. de Lyon, 5-9-49, p. 661-667).
- D.M. GORDON: The experimental treatment of retinitis pigmentosa (Trans. Amer. Acad. opht., 53, p. 191-209. Janv. Févr. 1948. An. in Ann d'Ocul. vol. 182, fasc. 3, p. 241).
- D M. GORDON: The treatment of retinitis pigmentosa with special reference to the Filatov method (Amer. J. opht. v. 30. 5-5-47, p. 565-580. An. in Arch. d'Opht. T. 8, n° 3, p. 318-319).
- HOFFMANN and DINGWELL: Experimental, clinical study on use of adult animal tissue extract acceleration of wound healing-preliminary report (Surg., gyn., obst., 79, 103, Juillet 1944).

- A. HUDELO et MAUSSON : Implant placentaire et décollement de rétine (Soc. d'opht. de Paris. Séance du 18-6-49. An. in Arch. d'opht., T. 9, n° 5, p. 618-619).
- R. JEBEJIAN : La thérapie tissulaire dans diverses affections oculaires Ann. d'ocul., v. 182, fasc. 9, p. 658-671).
- KACHOUK (M.E.) : Application thérapeutique des tissus conservés auto-clavés dans les séquelles des traumatismes oculaires de guerre (Oft. J., 1-3-1946, p. 17-20. An. in Arch. d'opht. T. 8, n° 3, p. 335).
- KACHOUK M.E. : La thérapie tissulaire dans les complications oculaires de la maladie hypertensive (Oft. J., Juin 46, p. 36-40. An. in Arch. d'opht T. 7, n° 2, p. 236).
- KHOLINA (A.A.) : De la thérapie tissulaire d'après Filatov (Oft. J., 1-3-1946, p. 29-31. An. in Arch. d'opht., T. 8, n° 3, p. 348).
- KHOROUCHINA (A.G.) : Traitement par les tissus conservés des séquelles des traumatismes oculaires de guerre (Oft. J., 1-3-1946, p. 21-25. An. in Arch. d'opht. T. 8, n° 3, p. 335).
- KIPARISOV (H.M.) : Traitement du pannus trachomateux par greffon conservé de muqueuse labiale (Viestn. oft., 17-3-1940, p. 227. An. in Arch. d'opht., T. 7, n° 6, p. 652).
- KRONENBERG (B) : Emploi des extraits placentaires dans les affections de la cornée par virus (New-York. Soc. f. clin. ophth. 5-3-47. An. in Arch. d'opht., T. 9, n° 2, p. 244).
- LIPKINA (A.U.) : Thérapeutique de la rétinite pigmentaire (Oft. J., 1-2-1946, p. 29-33. An. in Arch. d'opht., T. 8, n° 1, p. 94).
- A. MAGITOT : Remarques sur l'usage des implantations de tissus morts en ophtalmologie (Ann. d'ocul., T. 180, n° 3, Mars 1947, p. 146-148).
- A. MAGITOT : Thérapeutique des tissus (Ann. d'ocul. T. 180, n° 6, p. 376-378).
- MATAVULJ (M^{me}) : L'application du tissu tissulaire en ophtalmologie (Soc. d'opht. de Paris. Séance du 19-6-48. Bull. des Soc. d'opht. de Fr., Mai-Juin 1948, n° 5, p. 260-275).
- A. MERCIER : Premiers essais de tissuthérapie (Soc. d'opht. de l'Ouest de la Fr. Séance du 9-11-47 à Angers. Bull. des Soc. d'opht. de Fr., Avril 1948, n° 4, p. 133-135).
- A. MERCIER : Rôle adjuvant des implants placentaires dans la kératoplastie (LV^{ème} C.S.F.O., Paris, 21-25 Mai 1948).
- A. MERCIER : Les implants placentaires dans les kératites neurotrophiques (Soc. d'opht. de l'Ouest de la Fr. Séance du 21-6-48. Bull. des Soc. d'opht. de Fr., Août-Sept. 1948, n° 7, p. 516).
- E. OXILIA : Traitement tissulaire dans la rétinite pigmentaire. Résultats à distance (Ann. di Ott. e Clin. Oc., 74, 1948, p. 399-511. Ann. in Ann. d'ocul., v. 182, fasc. 7, p. 553).
- PAUFIQUE et HUGONNIER : Traitement médical du décollement de la rétine par la méthode de Filatov (Soc. d'opht. de Lyon. Séance du 13-14 Mars 1948. Bull. des Soc. d'opht. de Fr., Janv. 1949, n° 1, p. 92-95).
- A. PLICHET et S. AVAKIAN : Le traitement tissulaire (Pr. Méd., 18-10-47. p. 696-698).
- G. RENARD et P. BREGEAT : Implantations placentaires sous-conjonctivales selon la technique de Filatov dans les rétinites pigmentaires (LV^{ème} C.S.F.O., 18-22 Mai 1947).

- G. RENARD et P. BREGEAT: A propos de quelques cas d'implantations de placenta frais dans la rétinite pigmentaire (Soc. d'opht. de Lyon, Séance du 13-14 Mars 1948. Bull. des Soc. d'opht. de Fr., Janv. 1949, n° 1, p. 92-95).
- G. RENARD et P. BREGEAT: Greffes de placenta au cours des dégénérescences tapéto-rétiniennes (LV^{ème} C.S.F.O. Paris, 21-25 Mai 1948).
- G. RENARD et P. BREGEAT: La rétinite pigmentaire. Possibilités thérapeutiques (La Médecine. Oct. 1948, p. 11).
- G. RENARD: Traitement de la rétinite pigmentaire par les implantations hormonales (Soc. d'opht. de l'Ouest de la Fr. Séances de 11 et 12 Déc. 1948. Bull. des Soc. d'opht. de Fr., Mars 1949, n° 3, p. 522-528).
- R. DE SAINT-MARTIN: La thérapeutique des tissus dans la myopie compliquée (Ann. d'ocul., T. 181, n° 10, p. 577-587).
- R. DE SAINT-MARTIN: La thérapeutique tissulaire est-elle une panacée? (LV^{ème} C.S.F.O. Paris 22-26 Mai 1949).
- SHEIN (I.): Traitement du pannus trachomateux par transplantation de sclérotique (Viestn. oft., 17-3-1940, p. 225. An. in Arch. d'opht., T. 7, n° 2, p. 198).
- SKORODINSKAYA (V.V.): Le traitement de la rétinite pigmentaire par les extraits de feuilles d'aloës (Viestn. oft., 25-1-1946, p. 9-12. An. in Arch. d'opht., T. 9, n° 3, p. 390).
- SKRIPTCHENKO (S.P.): Traitement tissulaire des invalides de la première guerre mondiale (Oft. J., 1-3-1946, p. 25-29. An. in Arch. d'opht. T. 8, n° 3, p. 335-336).
- G.P. SOURDILLE: Indications et contre-indications de la thérapie tissulaire (Soc. d'opht. de l'Ouest de la Fr. Séances des 11 et 12 Déc. 1948. Bull. des Soc. d'opht. de Fr., Mars 1949, n° 3, p. 550-551).
- J. TEULIERES et Janine HOUSSIN: Etude du champ visuel et du sens lumineux dans les implantations placentaires (II^e Réun. ann. des Soc. région. d'opht. de Fr. Bordeaux 2 et 3 Avr. 1949).
- M^{lle} TOULANT: La thérapeutique tissulaire en ophtalmologie (Arch. d'opht. T. 8, n° 1, p. 33-48).
- WERTHEIMER, R. GAUTIER et S. MAREK: A propos des traitements tissulaires d'après le procédé de Filatov (Pr. Méd., 24-4-48, p. 301).

Table des Matières

Introduction	11
Chapitre I - La thérapeutique tissulaire en ophtalmologie.	13
Chapitre II - Observations relatives à 25 cas de maladies oculaires traitées par implantations placentaires.	23
Chapitre III - Commentaires relatifs aux observations	52
Conclusions	58
Bibliographie	59



Vu le Doyen,
BINET

Vu le Président de Thèse,
VELTER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Université de Paris :
SARRAILH